Google

This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

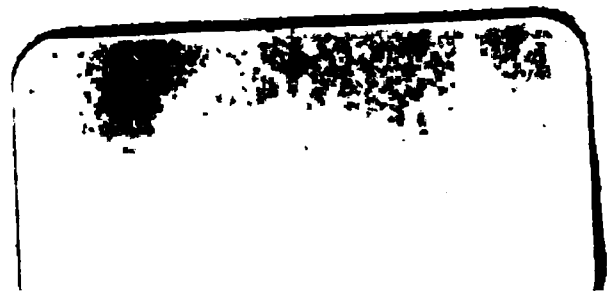
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse http://books.google.com



REVUE HEBDOMADAIRE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

UE HEBDOMADAIRE

DE

)LOGIE, D'OTOLOGIE

DE RHINOLOGIE

ANT LE SAMEDI MATIN

FONDÉE ET PUBLIÉE

Docteur E. J. MOURE

ologie, d'Otologie et de Rhinologie, à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Officier d'Académie.

TOME XXII

VOLUME I

IS

, ÉDITEUR

ÉON

ADMINISTRATION A BORDEAUX

IMPRIMERIE G. GOUNOUILHOU

RUE DE CHEVERUS, 8

MDCCCCII

ON MEDICAL
SEP 16 1902
BRARY.

ATALOGUED
SEP 16 1902
E. H. B.

23e ANNÉE. N° 1. 4 JANVIER 1902.

6590
BOSTON MEDICAL
SEP 16 DE 1902
LIBRARY

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ÉLECTRO-AIMANT
POUR
L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS MÉTALLIQUES DES VOIES AÉRIENNES

Par le Dr **de ROALDÈS**, de la Nouvelle-Orléans.

Dans un article intéressant publié en février 1901, dans les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx,* etc., le Dr Garel, de Lyon, rapporte en détails l'observation suivante, que nous nous bornerons à résumer ainsi :

Un enfant de dix-huit mois avala un clou français que l'on crut tout d'abord avoir pénétré dans les voies alimentaires. Durant les deux mois qui suivirent, la santé générale de l'enfant devint mauvaise, le jeune malade toussait, présentait quelques troubles pulmonaires ressemblant à une lésion tuberculeuse à évolution rapide. Connaissant l'histoire de l'enfant et bien que ne l'ayant jamais vu, le Dr Garel soupçonna la présence du corps étranger dans les voies aériennes profondes, et il conseilla d'employer les rayons X comme le meilleur moyen de trancher la question. La radiographie du thorax révéla l'existence du clou dans la bronche droite, où il était placé obliquement, la pointe en bas, au niveau du sixième espace intercostal.

On décida, sans autre examen, de pratiquer une trachéotomie, le malade étant dans un état de faiblesse extrême. En

réunissant un certain nombre de pinces, l'attention du Dr Garel fut appelée sur un instrument du Dr Souel, de Lyon, qui avait fait un électro-aimant pour les oculistes, instrument avec lequel on enlevait des fragments de fer ou d'acier des yeux; il eut l'idée que ce même appareil pouvait être employé dans le cas actuel.

Cette hypothèse fut acceptée, bien que le Dr Garel, comme il le dit lui-même, eût plus confiance dans ses pinces que dans l'efficacité de l'aimant.

Le jour suivant, 19 juin, on pratiqua une trachéotomie rapide et les bords de la plaie trachéale ayant été écartés, le Dr Garel, avant d'employer la pince, mit dans l'ouverture du conduit aérien son électro-aimant, plutôt pour la forme. Il fut très étonné de voir que le clou se déplaçait et venait se fixer sur l'aimant. C'est ainsi qu'un succès rapide fut obtenu instantanément. Le patient fut soulagé, et l'opérateur, tout d'abord inquiet sur la manière dont il allait procéder, fut satisfait du résultat. Le clou mesurait 53 millimètres de long, il était rugueux, ce qui n'est pas surprenant, étant donné qu'il était resté deux mois dans les bronches.

. Le Dr Garel ajoute plus loin que la distance qui existait entre l'aimant et le corps étranger peut être évaluée à au moins 5 ou 6 centimètres.

En reproduisant ce fait, j'ai suivi deux buts : le premier, de stimuler l'apparition de cas analogues afin de donner plus de publicité à cette nouvelle méthode; le second, d'établir la supériorité de l'emploi de ce moyen. Il y a, en effet, plus d'un an que, dans un travail lu à la Louisiana State medical Society, avril 1900 [1], *Sur le traitement des corps étrangers des voies aériennes*, après m'être fait l'avocat énergique de la bronchoscopie à travers l'incision trachéale, je pus remarquer incidemment que les corps métalliques susceptibles d'être aimantés pourraient être enlevés au moyen de l'électro-aimant

1. *Transactions Louisiana State medical Society*, 1899, p. 96.

géant de Haab qui, dans certaines circonstances, avait fait preuve d'une grande valeur, soit qu'il fût placé au devant de la bouche ou devant une plaie trachéale, suivant la situation du corps étranger.

Ma communication était évidemment inconnue du Dr Garel, qui a obtenu le résultat signalé sur les conseils de M. Souel.

La première fois [1] que je pensai à employer cette méthode pour extraire les corps étrangers magnétiques des voies aériennes, ce fut en voyant, il y a plusieurs années, un électro-aimant géant de Haab, qui venait d'être mis en service à la New-York Eye and Ear Infirmary. Je fus tellement frappé par les résultats pratiques obtenus par les oculistes avec cette disposition spéciale dans l'extraction des fragments de fer ou d'acier incorporés ou perdus dans l'œil, et de son adaptation possible au même usage pour les voies aériennes, que je résolus d'enrichir l'arsenal de notre hôpital de ce secours, et de l'expérimenter à la première occasion. Ce désir fut accru par le souvenir de grandes difficultés que j'avais rencontrées en 1898, dans le cas d'un enfant qui avait aspiré un bouton d'acier, qui se logea au niveau de la première division de la bronche droite ou au-dessous. Ici, il convient de dire que j'ai soigneusement cherché, sans y réussir d'ailleurs, pas plus que d'autres, une indication bibliographique portant sur ce sujet. Dans l'absence d'un cas de ce genre où ce procédé pût être appliqué sur le vivant, moins heureux que notre confrère français [2], j'ai dû me contenter de recherches expérimentales qui méritent cependant d'être prises en considération. Ces expériences, au nombre de trente environ, furent faites sur des cadavres d'adultes avec l'assistance des Drs Gordon King, Homer J. Dupuy, L. de Poorter, appartenant au service de santé du Eye, Ear, Nose and Throat Hospital of New-Orleans. Des objets de fer ou d'acier, de poids et de dimensions diffé-

1. *Note on the use of the electro-magnet for the extraction of paramagnetic foreign bodies from the air passages.*

2. Le Dr Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. Voir *passim*.

ne les suivants : 1° un clou de charpentier
ngueur d'un pouce trois quarts); 2° un écrou
ngueur, trois quarts de pouce); 3° un bouton
rains; diamètre, cinq huitièmes de pouce);
à tête de verre; 5° une plume, faisaient partie
ngers employés.

ıployé était l'électro-aimant géant tel qu'il est
planche ci-jointe, le dernier perfectionnement
le Haab, et beaucoup plus fort que celui de
ohnson, ou autres, le courant étant l'Edison
one d'attraction pour les corps étrangers men-
aut était mesurée en les plaçant dans un tube
iron 1 pouce de diamètre et de 24 de long, dont
ait doublée de cuir à l'intérieur, l'autre moitié
surface polie. Cette disposition expérimentale
mme présentant une certaine analogie avec les
ronchiques, la surface de verre poli et celle de
cuir réalisant différentes conditions de frotte-
es circonstances, le clou de charpentier fut
es trois quarts sur la surface polie, à 9 pouces
pingle à tête de verre à 12 pouces et demi sur
pouces et demi sur le cuir; le bouton se mit en
8 pouces; la clef et la vis à 7 pouces et demi, etc.
dans les détails de ces nombreuses expériences,
raient fatigants et prêteraient à confusion, je
mplement, pour plus de convenance, en quatre
ntes, et je me limiterai à la description de
des plus importants, et à telles conclusions ou
ersonnelles qui peuvent en être tirées.

— *Expériences, au nombre de huit, sur des ans les voies aériennes supérieures.* — Les diffé-
trangers furent placés successivement à des
ans des positions variables dans le nez, quel-
s le naso-pharynx et tous, sauf deux, furent

ıent extraits par l'électro-aimant, placé en face des
Le résultat heureux dans cette région n'a qu'une
:e minime en raison de l'accessibilité des cavités
ec des instruments ordinaires, éclairées convenable-
ı cause de la facilité relative avec laquelle le praticien
reille circonstance. Des insuccès peuvent se produire
a affaire à des instruments pointus et effilés
plumes), qui, par la traction aveugle de l'aimant,
:ptibles de s'implanter dans les tissus d'une cavité
›it peu irrégulière.
ıment; si l'on opère sur le vivant, doit-on se
que l'on peut rencontrer une résistance douloureuse
s molles et un obstacle provenant de l'irritation et
éfaction inflammatoires.
reil cas, l'usage préliminaire d'une application
luide de capsules surrénales ou de cocaïne ne doit
égligé.

B. — Expériences, au nombre de trois, les corps étant placés dans le larynx. — Des corps étrangers
: région, soit au-dessus, soit au-dessous des cordes
ésistèrent à l'attraction de l'aimant, dont la pointe
ée dans la bouche, à environ 1 pouce et demi des
tube du plus fort calibre de la filière de Leffert,
ıge du larynx dans le cas de sténose extrême chez
s, fut aussi placé *in situ*. Un clou de charpentier
xtrémité inférieure de la lumière de ce tube ne fut
é dans la bouche par l'aimant. Je dois reconnaître que
ences, à cause d'une disposition défectueuse, ont été
ıses parce que l'électro de Haab, le seul que j'eusse
›osition à ce moment, convient mieux pour l'œil et
e pour le larynx et les voies trachéo-bronchiques.

C. — Expériences, au nombre de quinze, sur des ıngers placés dans la trachée et les bronches. — Pour

s expériences, on fit une trachéotomie basse, avec incision un pouce de long. Les corps étrangers (clous, boutons acier, etc.) furent introduits successivement à travers la aie à différentes distances dans la trachée et les bronches. furent extraits aisément par l'aimant, placé au niveau de plaie, et, dans un cas, éloigné d'elle de trois quarts de uce, agissant, par suite, sous une certaine obliquité. On marqua que l'action était légèrement ralentie par la résisnce des tissus et le frottement résultant de ce fait que les rps avaient à glisser le long de la paroi antérieure des voies spiratoires. On ne réussit pas lorsque le clou ou le bouton trouvaient à une profondeur dépassant 5 pouces un quart partir de l'incision trachéale (2 pouces au-dessous de la furcation); cet insuccès montre que la zone de traction de imant avait été dépassée, même quand on le plaçait dans lumière de la trachée. Un autre insuccès suivit une expénce faite avec un faisceau de fils de fer dont une extrémité ait en contact avec le corps étranger et l'autre étroitement pliquée contre l'aimant, au niveau de la plaie trachéale. induction ne fut pas suffisante dans le faisceau pour extraire bjet, qui était distant de 6 pouces. Pour reprendre ces jets, le Dr Gordon King eut recours à la bronchoscopie moyen de l'œsophagoscope. Leur extraction n'offrit aucune fficulté, en employant une lumière convenable et une pince éciale.

Classe *D.*— *Expériences faites avec l'électro-aimant appliqué à l'extérieur.*

I. Le bouton ayant été placé dans une des bronches, l'électronant fut placé à l'extérieur contre le thorax, immédiatement au niveau du corps étranger. Ce dernier glissa le long la paroi antérieure et fut amené jusqu'à l'ouverture de la chée, en promenant l'aimant sur la peau.

II. Les résultats furent les mêmes avec un bouton placé ns l'espace sous-glottique, l'électro-aimant étant promené

le long de la peau du cou depuis le larynx jusqu'à l'incision trachéale.

III. L'essai fait pour chasser le bouton depuis la trachée jusqu'à la bouche à travers le larynx en employant l'électro-aimant à l'extérieur ne fut pas suivi de succès. On doit noter cependant que les conditions d'expériénce, dans ce dernier cas, étaient au plus haut point défavorables, parce que l'aimant était d'un maniement difficile, qui empêchait un contact étroit avec les parties du champ opératoire.

Les essais faits avec l'électro-aimant appliqué à l'extérieur, malgré cet insuccès partiel, sont cependant susceptibles d'un brillant avenir.

Je pense qu'il sera possible, ainsi que l'a suggéré Garel dans son intéressant travail, d'enlever par la bouche, sans trachéotomie, un corps étranger métallique en fer ou en acier, placé dans une bronche ou la trachée.

Dans la description théorique de ce procédé, la difficulté réelle soulevée par lui consiste à faire passer le corps étranger à travers l'orifice glottique; il n'y a pas de doute qu'il y a là un obstacle dont il faut triompher. L'anesthésie générale, la position du malade, la fluoroscopie, comme le dit Garel, peuvent suffire pour rendre ces essais fructueux. Pour ma part, en admettant la possibilité de ce premier temps, il restera encore une difficulté insurmontable qui est de faire remonter le corps étranger le long de la courbe bucco-laryngée avec l'électro-aimant appliqué à l'extérieur. Une étude soigneuse de ces difficultés et des causes d'insuccès dans mes expériences ont prouvé que les conditions les plus favorables de réussite de cette méthode sont, d'abord, de placer l'électro-aimant dans la ligne la plus directe de l'objet, et, ensuite, de déterminer autant que possible la distance qui existe entre les deux.

Dans les expériences suivantes, faites à travers la bouche et la plaie trachéale, j'avais construit une sorte de sonde articulée qui pouvait être placée soit à proximité, soit en contact direct avec le corps étranger. Cette sonde était magnétisée à l'aide

électro-aimant géant dont elle devenait pour ainsi dire sorte de prolongement. Je voudrais, en outre, faire ırquer que pour l'extraction des corps étrangers sans ıéotomie, on peut porter ce dernier au-dessous du larynx, ide d'une application magnétique externe, et ensuite le r, jusqu'à ce qu'il soit extrait, à l'aide d'un autre électro- ınt introduit par la bouche et le larynx, et mis en contact lui ou tout près de lui.

ur mettre à exécution cette idée, je me suis servi de : aimants faits par Jules Buchel, électricien bien connu la Nouvelle-Orléans, dont les aptitudes mécaniques aient souvent rendu service. Un de ces aimants, que je ente actuellement, a été placé dans les voies aériennes; re, beaucoup plus large, a servi pour l'application me. Le petit, ou aimant laryngien, dont l'extrémité est ble, a un diamètre de 5/16e de pouce, il est susceptible e réduit, si cela est nécessaire, à 1 pouce et demi; il pèse ron 1 ou 2 onces.

vec la force que fournit une lampe de 16 bougies, on ra tenir une pièce de fer du poids de 2 livres un quart, et 4 lampes de 16 bougies, la force est augmentée jusqu'à ron 2 livres et demie; cet aimant est porté à un degré nantation maximum.

plus large, ou aimant externe, est aussi grand que ible et porteur d'un manche qui permet de le manier ement; ses deux extrémités sont arrondies en forme misphère afin de concentrer la force magnétique sur un point, et permettre à l'aimant de se placer en contact t avec la peau du patient sans le blesser et en produisant ınimum de frottement. Cet aimant est sursaturé et vu d'un commutateur au moyen duquel le courant peut alternativement appliqué et supprimé, de manière à ıer une série de pulsations magnétiques qui facilitent le acement du corps étranger; au moyen de cet aimant, par le caractère pulsatile de la force magnétique, si nous

exprimer ainsi, on arrive à mobiliser le corps
tion parfois très difficile à obtenir, quelquefois
ible si l'on emploie un courant magnétique

uffisance de ces expériences que l'on peut conti-
ntes manières avec des moyens nouveaux, il nous
,tirer des conclusions bien définies sur la nature
ode, sans avoir fait de nouvelles recherches.
d'une plaie trachéale est certainement le moyen
le plus facile pour enlever des morceaux de fer
qu'ils sont placés dans la zone d'attraction de
conditions, cependant, peuvent se trouver
ue l'opérateur a fait usage de la bronchoscopie,
ès tout, la méthode par excellence pour enlever
nérale les corps étrangers des bronches.
ra un procédé idéal qui surpassera de beaucoup
néthodes de Killian, si on peut l'employer pour
rps étrangers à travers l'orifice glottique sans
préliminaire.
ices *post-mortem*, faites avec l'électro-aimant
it laisser un léger doute sur la possibilité
orps étrangers des bronches vers le larynx; il
trer comment on peut les faire venir dans la
qu'une technique perfectionnée de ce que je
ourra résoudre le problème.

PLOI DE L'EXTRAIT SURRÉNAL

EN RHINO-LARYNGOLOGIE[1]

Professeur **Albert ROSENBERG**, de Berlin.
luit par le Dr S. Jankelevitch, de Bourges.)

publications nombreuses et réitérées de con-
ns sur la valeur de l'extrait surrénal dans la

[1] Le 20 décembre 1901.

pratique rhinologique, ce moyen n'a pas encore trouvé, je crois, auprès des médecins européens, sa juste appréciation, et j'avoue que moi-même je n'ai été décidé à en essayer l'action qu'à la suite d'une communication verbale d'un médecin américain de mes amis. Les essais que j'ai faits depuis six mois me décident à faire part des résultats que j'ai obtenus et à recommander l'emploi de ce moyen sur une plus vaste échelle.

N'ayant eu, au début de mes expériences, aucune autre préparation à ma disposition, j'ai été obligé d'en faire une moi-même, en faisant dissoudre 100 grammes environ de capsule surrénale de bœuf, préalablement broyée, dans 300 grammes d'eau environ; le liquide ainsi obtenu a été soumis à l'ébullition, qui le débarrassait des albumines, et filtré dans des éprouvettes stérilisées. En ajoutant quelques gouttes d'acide phénique, on donne au liquide la propriété de se conserver pendant longtemps. J'emploie depuis six mois la même préparation, sans qu'elle ait rien perdu de son efficacité. On obtient les mêmes effets avec le chlorure d'adrénaline, le principe actif des capsules surrénales, préparé par Parke, Dervis et C°, à Londres. Cette substance a l'avantage de se présenter dans le commerce sous une forme cristalline et de pouvoir être employée dans une solution de 1/1000.

Quoique se présentant sous une forme moins pratique, la *suprarénine* préparée par Meister, Lucius et Brüning, à Höchst-sur-Mayence, possède la même efficacité, et, d'après ce qu'on m'a écrit, il en serait de même du principe actif préparé par le Professeur Abel, de Baltimore, sous le nom d'*épinéphrine*.

Toutes ces substances possèdent, en tant qu'elles intéressent le rhino-laryngologiste, la même efficacité, et tout ce que je me propose de dire plus bas de l'emploi de l'extrait surrénal s'applique dans la même mesure à chacune d'elles.

En introduisant dans le nez un tampon d'ouate imbibé de cette substance, on voit les portions de la muqueuse de la

cloison et du cornet qui se sont trouvées en contact avec ce tampon, et lors même qu'elles eussent présenté, avant l'introduction de ce dernier, une rougeur intense, devenir pâles, sauf peut-être la partie la plus antérieure, frontale, du cornet inférieur, qui semble faire exception à cette règle. L'anémie ainsi déterminée est beaucoup plus intense que celle que provoque la cocaïne, et il est facile de s'en assurer en badigeonnant avec l'extrait surrénal la muqueuse préalablement soumise à l'action de la cocaïne; elle devient alors beaucoup plus pâle. Cette action anémiante de l'extrait surrénal se manifeste au bout de deux minutes, et se maintient trente et quarante-cinq minutes, et davantage.

C'est probablement à cette anémie profonde qu'il faut attribuer la diminution considérable de la sensibilité de la muqueuse qu'on peut constater en même temps.

Cette substance — en tenant compte des doses que le rhinologiste est appelé à employer — présente le grand avantage de ne provoquer aucune action secondaire, de n'être pas toxique et de ne pas produire d'accoutumance.

L'action essentielle de l'extrait surrénal possède une grande *valeur diagnostique,* qui n'a pas encore, que je sache, attiré l'attention qu'elle mérite.

Alors que l'effet de la cocaïne consiste *essentiellement* dans le dégonflement du tissu caverneux, de sorte que son emploi est indiqué lorsqu'on veut se rendre compte si le gonflement des cornets est dû à une pléthore sanguine du tissu caverneux ou à un épaississement de la muqueuse, et savoir quelle est la part qui revient à chacun de ces deux facteurs, l'extrait surrénal produit l'anémie non seulement du tissu caverneux, mais de la muqueuse *in toto,* en exerçant ainsi son action non seulement sur les capillaires des couches adénoïde et glandulaire, mais aussi sur ceux de la couche périostique. La muqueuse ainsi anémiée se trouve alors en contact immédiat avec l'os, et, à la rhinoscopie, on croit avoir devant soi le squelette osseux du nez lui-même.

Il nous est possible de cette façon, en badigeonnant les cornets et la cloison avec l'extrait surrénal, d'examiner en détail le méat moyen, c'est-à-dire l'espace situé entre le cornet moyen et la cloison, de sorte que le diagnostic d'un empyème du sinus s'en trouve considérablement facilité. Dans les cas de fosses nasales rétrécies, où l'inspection est souvent matériellement impossible, l'emploi de l'extrait surrénal est tout indiqué.

En ce qui concerne la *valeur thérapeutique* de ce moyen, elle est incontestable dans tous les cas d'hyperémie et de gonflement de la muqueuse nasale. On pourra l'employer soit en badigeonnages, soit en spray ou d'une autre façon quelconque, et avec un succès tout au moins provisoire, dans le coryza aigu, la rhinite hypertrophique et autres affections analogues; je l'ai, en outre, souvent trouvé efficace dans les cas de coryza nerveux. Il est encore indiqué dans les hémorragies nasales, soit spontanées, telles que les épistaxis, soit consécutives à des interventions opératoires.

C'est, avant tout, un excellent moyen, en ce qu'il permet de pratiquer des opérations chirurgicales dans les fosses nasales d'une façon absolument *exsangue,* et c'est là un avantage qui n'est pas indifférent pour le rhinologiste. On peut opérer sans être troublé par le sang, sans être obligé d'interrompre à chaque instant l'opération; le champ opératoire reste tout le temps accessible à la vue, la durée de l'opération se trouve considérablement diminuée, et on épargne au malade le surcroît de fatigue qui résulte de l'hémorragie.

C'est ainsi qu'on peut pratiquer, par exemple, l'amputation du cornet moyen sans verser une goutte de sang, et l'anémie déterminée par l'extrait surrénal est quelquefois tellement profonde qu'on peut enlever un éperon de la cloison d'une façon tout à fait exsangue; il est à remarquer, en outre, que l'emploi simultané de l'extrait surrénal et de la cocaïne augmente l'action anesthésiante de celle-ci, de sorte que les interventions mentionnées tout à l'heure ne provoquent pas

ıtion de douleur, pas même une sensation
conque.

hémorragies *à la suite* des opérations exécu-
surrénal est bien justifiée théoriquement, car
ırel que plus les vaisseaux se contractent sous
eur relâchement est grand, cette action une
i cependant eu l'occasion de constater que
post-opératoires ne sont pas plus fréquentes
anesthésie cocaïnique. Il est, d'ailleurs, tou-
parer à cet accident et de le prévenir d'une
ı certaine; c'est ainsi qu'après avoir enlevé
ɜ de la cloison, j'ai l'habitude de toucher la
au nitrate d'argent, qui empêche l'hémor-
uire. On peut agir de la même façon en
l est toujours nécessaire, d'ailleurs, de pra-
ération, un bon tamponnement avec de la
ou une autre gaze quelconque. J'ai encore
xtrait surrénal dans la *bouche* et dans le

er les résultats communiqués par d'autres au-
l'action insensibilisante de l'extrait surrénal
ngue ou employé dans les affections doulou-
e du pharynx, telles que l'amygdalite aiguë.
ɔte quelques gouttes de cette substance dans
t la muqueuse, rouge jusque-là, pâlir, deve-
t d'une blancheur neigeuse; cet état persiste
ıi-heure environ; et cela non seulement dans
ıuqueuse n'adhère pas intimement aux tissus
is aussi en d'autres; par exemple, sur les
es-mêmes, atteintes d'une rougeur et d'une
rrhales. On est, en effet, frappé de voir
t à l'heure, étaient d'une rougeur intense,
nt d'un blanc neigeux pendant une à deux
qui les injectait se trouve en grande partie

Cette action permet de distinguer une tuméfaction hyperémique d'une infiltration ; c'est ainsi que, chez une malade que je considérais comme tuberculeuse et dont la corde vocale gauche, sans être précisément plus rouge que la droite, paraissait cependant un peu plus épaisse, j'ai vu les deux cordes vocales pâlir à la suite d'une injection d'extrait surrénal, la corde gauche restant toujours plus épaisse que la droite; j'en ai conclu qu'il existait dans celle-là, à côté d'une tuméfaction hyperémique, un épaississement par infiltration.

Au point de vue *thérapeutique,* il faut tenir compte des inflammations aiguës (peut-être aussi chroniques) de la muqueuse du larynx, dans lesquelles, comme il vient d'être dit, on peut obtenir une amélioration tout au moins passagère. J'ai eu l'occasion de soigner une malade en pleine période climatérique et qui souffrait d'un enrouement et de dysphagie survenant de temps à autre, d'une façon souvent très brusque. Toutes les fois qu'elle avait ces troubles, qui pouvaient durer des heures et même des journées entières, on constatait, en des points qui différaient d'une fois à l'autre, mais de préférence sur un ou sur les deux cartilages aryténoïdes, sur lees bandes ventriculaires, et en d'autres parties du larynx, l'existencé d'une rougeur considérable et d'une tuméfaction prononcée, sans qu'il se fût agi d'œdème à proprement parler. Comme me l'ont montré d'autres observations analogues et comme me le font croire différents essais thérapeutiques que j'ai faits et qui permettent d'éliminer une autre cause quelconque, ces modifications ne pouvaient être attribuées qu'à l'arrêt des règles. Un badigeonnage à l'aide de quelques gouttes d'extrait surrénal avait pour effet une diminution de la tuméfaction et une anémie des parties atteintes, et la malade se sentait soulagée pendant quelques heures et même quelques jours. A la suite de plusieurs badigeonnages combinés avec d'autres procédés thérapeutiques appropriés, la malade guérit complètement. Me basant sur cette observation et en tenant compte de l'action de l'extrait surrénal, je

crois pouvoir conclure que l'emploi de ce moyen — ce qui, d'ailleurs, a été déjà préconisé par d'autres — ne serait pas sans utilité dans les cas d'œdème du larynx; et je crois aussi, par analogie, qu'il pourrait être employé avec succès dans toutes les tuméfactions douloureuses, dans l'infiltration tuberculeuse, par exemple (comme je l'ai, d'ailleurs, pu constater dans un cas).

Pour terminer, je dirai quelques mots sur l'*emploi interne* de l'extrait surrénal.

Les doses de celui-ci n'ont pas encore été fixées d'une façon précise, pas plus que celles de son principe actif, dont nous possédons jusqu'ici, comme nous l'avons dit plus haut, trois variétés, sans pouvoir dire à laquelle il faut donner la préférence. J'ai employé jusqu'ici les tablettes préparées par Borrough, Welcome et C°. On donne généralement 3 centigrammes d'extrait surrénal deux, trois fois par jour et plus souvent; il est prudent toutefois de procéder, au début, avec précaution, afin de se rendre compte de la tolérance du malade, d'autant plus que l'emploi interne de l'extrait surrénal peut avoir des conséquences fâcheuses sur le cœur et la pression sanguine.

L'action de l'extrait surrénal ordonné par la voie interne est moins intense et moins sûre que lorsqu'il est employé en applications locales. J'ai vu toutefois, à la suite de l'emploi interne d'extrait surrénal, chez une malade atteinte d'une forte hypertrophie des cornets, cette hypertrophie disparaître au bout de huit jours et la respiration nasale devenir complètement libre. Ce remède m'a encore rendu des services dans différents cas de coryza vaso-moteur et nerveux. Son emploi dans la fièvre des foins paraît tout indiqué.

BIBLIOGRAPHIE

nération de la voix et du timbre, par le Dr A. Guillemin,
er.

auteur vient de faire paraître la seconde édition de cet
age. Depuis l'apparition de ses premiers travaux, il s'est
hé à démontrer le bien-fondé des théories physiques qu'il
exposées dans la première édition, et qui sont en contra-
on formelle avec celles qu'on pourrait appeler classiques,
a génération de la voix et du timbre.

prenant l'opinion de Savart, qui comparait le larynx à un
au analogue à celui des oiseleurs, M. Guillemin soutient
'appareil phonateur de l'homme est un instrument à vent et
un instrument à cordes. Les idées de Müller sur la sonorité
cordes vocales doivent être remplacées par la théorie des
nes aériens découverts par Ch. Lootens dans les tuyaux
ue et qui se retrouvent au-dessus des cordes vocales dans
entricules du larynx.

Guillemin bat également en brèche la théorie de
holtz sur le timbre; il n'admet pas plus les vocables de
auteur que les harmoniques de Grassmann et préfère
quer le timbre par une localisation des centres sonores
lle-même à la forme des ondes. Comme le dit très bien
Violle, dans la préface de l'ouvrage, si l'opinion de
uillemin ne s'impose pas toujours, elle n'est jamais banale.
eur se plaît à attaquer les points difficiles. Sa critique,
aite avec une entière bonne foi (et souvent d'une façon
ittoresque et très ingénieuse) est éminemment propre à
ter de nouvelles recherches.

livre est accompagné de 122 figures dans le texte. (Paris,
Alcan, éditeur.)

Dr Brindel.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Gingivite syphilitique simulant la stomatite mercurielle; guérison par le traitement hydrargyrique, par le Dr Buret.

L'auteur a observé, depuis des années, chez les syphilitiques soumis ou non au traitement spécifique, une érosion toute spéciale du bord libre des gencives, très superficielle, sensible au contact, sinon douloureuse, et qui lui a paru relever de la syphilis et non de l'hydrargyre. Chez certains malades n'ayant jamais absorbé de mercure, il était permis de croire à une variété de stomatite ulcéro-membraneuse, mais l'absence de pellicule épaisse, de gonflement des gencives et de l'odeur infecte si caractéristique, le peu d'étendue de la lésion, le parfait état des dents et de la bouche faisaient rejeter cette hypothèse. L'auteur vient d'observer deux malades de ce genre, chez qui, bien que le traitement spécifique ait été suspendu depuis de longs mois, survenaient, de temps en temps, des poussées de gingivite rappelant la stomatite mercurielle, mais sans salivation, et résistant au chlorate de potasse. Chez ces deux malades, le traitement mercuriel a rapidement amené la guérison. (*Progrès méd.*, n° 43, oct. 1901.)

Dr E. Ardenne.

Un cas d'adhérence en surface entre l'épiglotte et la base de la langue (*Ein Fall von flächen hafter Vorwachsung des Kehldeckels mit dem Zungengrunde*), par le Dr Bronner.

Les adhérences aussi complètes sont rares. Le seul cas analogue publié jusqu'ici est celui de Rischawy (*Wiener klin. Rundschau*, n° 28, 1899). L'adhérence était, dans ce cas, tellement complète, que le dos de la langue arrivait au contact direct de la surface laryngée de l'épiglotte, et que l'espace qui sépare la base de la langue de l'épiglotte était supprimé. Tandis que dans le cas de Rischawy, il s'agissait d'une affection incontestablement syphilitique, cette étiologie paraissait moins certaine dans le cas de l'auteur, quoiqu'il lui fût impossible de découvrir aucune autre

cause, sauf peut-être le carcinome : le bord libre de l'épiglotte était, en effet, ulcéré, la partie postérieure de la langue infiltrée; il existait des tumeurs ganglionnaires des deux côtés du cou. L'affection avait débuté, quelques mois auparavant, par un mal de gorge et de la dyspepsie qui ne permettait plus au malade d'avaler que les aliments liquides ou demi-liquides. Le patient, âgé de cinquante-deux ans, n'accuse, dans ses antécédents, qu'une blennorragie. Sa première femme a eu une fausse couche, perdit un autre enfant à l'âge de dix ans, et mourut elle-même dans un asile d'aliénées. Sa seconde femme, qu'il a épousée trois ans auparavant, ne paraît pas avoir eu la syphilis. Tous les organes, y compris les poumons, sont sains. Les crachats, qui sont muqueux, ne renferment pas de bacilles. Dans le nez et dans le naso-pharynx, aucune trace ou suite de syphilis. Intérieur du larynx normal. Seule l'épiglotte adhère dans toute son étendue à la base de la langue, son bord libre est ulcéré. Les tumeurs ganglionnaires semblent diminuer sous l'influence de l'iodure de potassium. Seul, l'avenir pourra dire s'il s'agit de carcinome. (*Münch. med. Wochens.*, n° 41, 1901.)

Dr JANKELEVITCH

Arthrite double crico-aryténoïdienne grippale, par MOUNIER, de Paris.

Il s'agit d'un enfant qui, au début d'une grippe, présenta des troubles respiratoires graves.

Au laryngoscope, on constate de la rougeur, du gonflement et de l'immobilisation des aryténoïdes.

Les cordes sont relâchées, laissant entre elles un tout petit espace linéaire. Les régions latérales du cricoïde sont extrêmement sensibles à la pression.

A la suite d'une révulsion énergique sur les points atteints de fluxion et de la médication antirhumatismale, une amélioration se produisit du côté du larynx, mais l'infection grippale envahit d'autres organes; survint une broncho-pneumonie, bientôt suivie d'une péricardite des plus graves.

A défaut d'examen laryngoscopique, on peut faire un diagnostic à peu près certain de l'arthrite crico-aryténoï-

dienne quand : 1° la douleur très vive à la déglutition, 2° la douleur très vive dans les efforts de phonation, 3° la douleur à la moindre pression sur les parties latérales du cricoïde, se présentent avec les autres symptômes : aphonie, crises d'étouffement, fièvre, début assez brusque de l'affection. (*Ann. des mal. de l'oreille,* novembre 1901.)

Dr G. Dupond.

NEZ ET PHARYNX NASAL

De l'origine rhino-pharyngienne des goitres, par le Dr Hamon du Fougeray, du Mans.

L'auteur fait connaître le résultat de ses recherches depuis cinq ans sur la pathogénie si obscure des goitres.

C'est par hasard qu'il a été amené à voir, entre le goitre et la rhino-pharyngite, autre chose qu'une simple coïncidence. Dans aucun cas de goitre il n'a vu manquer la rhino-pharyngite. Les lésions étaient d'intensité variable, mais toujours le rhino-pharynx était malade.

D'une manière générale, le traitement rhino-pharyngien a agi rapidement, et le goitre a disparu complètement ou diminué de volume de haut en bas dans la totalité des cas. Dans certains cas, la dyspnée causée par la tumeur a disparu.

Outre les 209 cas qu'il a eu occasion de traiter, il a expérimenté le même traitement dans deux cas de goitre exophtalmique vrai. Dans ces deux derniers cas, il a été possible de constater une diminution rapide de la fréquence du pouls.

L'auteur expose ensuite sa théorie, ou plutôt sa manière d'interpréter les faits cliniques observés. D'après lui, la cause de goitre au début doit tenir à une congestion de la glande thyroïde produite par le reflux du sang des veines pharyngiennes dans les thyroïdiennes. Le goitre serait donc le résultat d'une hyperémie consécutive à une congestion rhino-pharyngienne préexistante.

En résumé, il résulte, de l'examen des cas observés par l'auteur, un fait indéniable, c'est l'influence évidente du traitement rhino-pharyngien sur le goitre ordinaire et sur

le goitre exophtalmique. M. du Fougeray n'ose affirmer que l'explication du mode d'action de ce traitement soit la seule vraie. Si, toutefois, on veut bien l'admettre, l'étiologie des goitres deviendrait aussi claire qu'elle est obscure. Elle pourrait tenir tout entière dans le tableau suivant :

1° Lésions vasculaires : de l'oro-pharynx, produisent goitre simple; du cavum et du nez, produisent exophtalmie; des muqueuses; du nez et du pharynx, produisent goitre et exophtalmie.

2° Lésions mixtes (vasculaires et sympathiques) : de l'oro-pharynx, produisent goitres et troubles cardiaques; du cavum et du nez, produisent exophtalmie et troubles cardiaques; de tout le rhino-pharynx, produisent maladie de Basedow classique.

3° Lésions sympathiques seules : de l'oro-pharynx, du cavum et du nez, de tout le rhino-pharynx, produisent troubles cardiaques sans goitre ni exophtalmie. (*Progrès méd.*, 1901.)

Dr G. DUPOND.

Vertige d'origine nasale, par le Dr COLLET, de Lyon.

Sous ce titre, l'auteur publie l'observation d'un malade de trente ans qui présenta, à différentes reprises, les phénomènes suivants : le malade « éprouve subitement un picotement dans les fosses nasales, suivi ou non d'éternuement, puis une douleur vive à la nuque, et, presque immédiatement, il perd l'équilibre et tombe la face en avant. Il a le temps d'étendre les mains pour se garantir. Il ne perd pas complètement connaissance, affirme-t-il. Une fois, il a eu, en même temps, quelques mouvements convulsifs. La face, congestionnée pendant quelques secondes, devient extrêmement pâle pendant plusieurs minutes, et il s'établit pendant un quart d'heure environ une transpiration abondante. Le pouls n'a jamais été compté pendant les accès; il battait à 116 lors de l'examen. Pendant la soirée qui suit les accès, le malade reste somnolent et abattu. La muqueuse nasale présente une sensibilité exagérée au niveau d'un éperon de la cloison. » . .

Ne s'agirait-il pas là, plutôt, ainsi que l'a très judicieu-

sement fait observer le Dr Pic à l'auteur, au moment de la présentation du malade, d'une crise d'épilepsie à aura nasal? M. Collet ne dit pas s'il a essayé des applications de cocaïne sur le point hyperesthésié ni s'il a enlevé l'éperon qu'il incrimine, à tort ou à raison, dans la genèse de la maladie. (*Lyon méd.*, n° 44, 3 novembre 1901.)

Dr BRINDEL.

L'épistaxis chez le nouveau-né, par le Dr D'ASTROS, de Marseille.

Chez le nouveau-né, l'épitaxis serait, d'après l'auteur, dans tous les cas, un signe d'une certaine gravité, moins par lui-même que par l'état infectieux qu'il révèle.

On ne rencontre guère ce symptôme que dans les infections septiques ou dans l'hérédo-syphilis. (Communic. au Congrès de gynécol., obsétr. et pædiat., Nantes, septembre 1901, *in Presse méd.*, n° 80, 8 octobre 1901.)

Dr BRINDEL.

Sur l'occlusion osseuse congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales, par le Dr BOULAY.

A propos de 2 cas qu'il a eu l'occasion de rencontrer, l'auteur donne un aperçu de ce vice congénital et du traitement à lui apporter.

Les enfants porteurs d'une occlusion uni ou bilatérale des choanes sont souvent pris pour des adénoïdiens : on curette leur naso-pharynx; on cautérise leurs cornets, sans succès d'ailleurs, et on ne songe à la possibilité d'une occlusion choanale qu'en dernier ressort.

Le diagnostic est pourtant facile : il suffit d'y penser.

L'occlusion est due, dans la majorité des cas, à une cloison osseuse qui s'attache solidement au pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales. Elle s'accompagne parfois de cloisonnement du naso-pharynx, comme ç'a été le cas chez un des malades de l'auteur.

Pour remédier à cette difformité, M. Boulay conseille de pratiquer dans le diaphragme osseux une ouverture, aussi large que possible, au tour électrique ou à la gouge et au maillet. On résèque, au besoin, 1 à 2 centimètres de la par-

tie postérieure de la cloison où s'attachait le diaphragme.

L'orifice ainsi pratiqué est bourré de gaze afin de maintenir sa béance pendant les premiers jours. (Communic. au Congrès de gynécol., obstétr. et pædiat., IIIe session, Nantes, septembre 1901, *in Presse méd.*, n° 80, 5 octobre 1901.)

Dr BRINDEL.

Cause et traitement d'une névralgie faciale due à la galvanocaustie de la pituitaire, par le Dr LERMOYEZ.

L'auteur rapporte le cas intéressant d'une jeune fille atteinte d'hypertrophie polypoïde de la muqueuse du cornet inférieur, qui, après avoir subi l'exérèse partielle, fut cautérisée quelques mois après au galvanocautère. Consécutivement à la cautérisation, il se déclara une névralgie violente et tenace dans le territoire du nerf facial avec hyperesthésie très marquée à la pression du rameau nasolobaire, à son émergence au-dessus de l'aile droite du nez et une zone hyperesthésiée des plus nettes au niveau de la cicatrice adhérente consécutive à la cautérisation galvanique.

La turbinectomie au niveau de la muqueuse hyperesthésiée amena la guérison complète de la névralgie faciale.

Des coupes histologiques, pratiquées par M. Baup au niveau de la cicatrice adhérente, permirent de conclure à la compression d'un filet nerveux, enserré dans du tissu fibreux cicatriciel. La disparition de la névralgie, après l'ablation de la cicatrice, permit de conclure à son origine dans la compression du filet nerveux. (*Ann. des mal. de l'oreille, etc.*, n° 10, oct. 1901.)

Dr BRINDEL.

LARYNX ET TRACHÉE

Sur les sacs aériens des singes et les diverticules laryngés chez l'homme, par le Dr MEYER, de Berlin.

C'est un travail d'anatomie comparée qui s'appuie sur une quantité d'autopsies très nombreuses. On se demande comment l'auteur a pu avoir à sa disposition un matériel aussi nombreux et varié. Les données physiologiques sur l'utilité de ces sacs sont encore bien problématiques. L'ana-

logie de ces formations avec les diverticules observés chez l'homme est souvent sujette à caution, car dans un nombre assez grand des cas l'origine pathologique des sacs aériens ne peut pas être exclue d'une manière absolue. Larrey (1) le premier, en 1829, a attiré l'attention sur ce point. « Les tumeurs aériformes, dit-il, produisent des poches semblables à celles qui se forment sous la mâchoire des singes. »

Virchow les a ensuite minutieusement décrites.

Toutefois, les pièces qui ont été étudiées jusqu'à présent sont encore peu nombreuses, et il serait bon d'attirer un peu l'attention de ce côté, car ces productions peuvent avoir un grand intérêt clinique.

Dans un cas de Benda, la laryngocèle devint la cause directe de la mort en produisant l'asphyxie du malade (*Archiv f. Laryngol. und Rhinol.*, Band XII, Heft 1, SS. 1-26, IX, Tafel).

Dr A. Capart fils.

La tuberculose chez les anciens trachéotomisés et intubés, par le Dr R. Romme.

En 1899, au Congrès de Berlin, M. le professeur Landouzy a attiré de nouveau l'attention sur la facilité particulière avec laquelle les trachéotomisés de l'enfance contractent la tuberculose pulmonaire. D'après lui, les anciens croupeux trachéotomisés n'atteignent guère la vingtième année, frappés qu'ils sont avant par la phtisie.

Deux médecins allemands, MM. Frump et Pfaundler se sont livrés, chacun de leur côté, à des recherches sur ce sujet, et ils concluent qu'au point de vue de la contamination tuberculeuse, le sort ultérieur des enfants trachéotomisés ou intubés est peut-être moins sombre en Allemagne que ne le pense M. Landouzy en France.

M. Frump a pu réunir un total de 351 trachéotomisés (de 1886 à 1896) avec 23 morts et 328 survivants, dont 64 présentent des troubles du côté du pharynx, du larynx et des poumons.

Les résultats de l'enquête de M. Pfaundler sont un peu

(1) Larrey, *Clinique chirurgicale.* Paris, 1829.

différents. D'après ces résultats, il peut conclure que la proportion avec laquelle les troubles de la phonation et de la respiration se rencontrent chez les intubés est, à peu de chose près, la même que chez les enfants de deux à douze ans qui n'ont pas été trachéotomisés, ni intubés. Par contre, il est certain que la trachéotomie, et surtout l'intubation suivie de trachéotomie, crée, parfois, une prédisposition aux affections pulmonaires.

De tous ces faits, il est bien difficile de porter un jugement définitif sur une pareille question.

Les statistiques ne concordent pas entre elles relativement à la fréquence des troubles respiratoires chez les anciens trachéotomisés. En effet, les Allemands n'ont pas envisagé les risques lointains de la trachéotomie pendant quinze ans, comme M. Landouzy, mais seulement pendant quatre, huit et dix ans. En tout cas, ce qui frappe dans toutes ces statistiques, c'est la grande fréquence des bronchites et autres affections pulmonaires.

Quoi qu'il en soit, la question soulevée est intéressante. Il serait à désirer que des enquêtes analogues fussent faites un peu partout de façon à nous fixer définitivement sur le sort ultérieur des trachéotomisés et des intubés. (*Presse méd.*, 20 nov. 1901.)

Dr G. DUPOND.

OREILLES

Empyème de la mastoïde. Myosite du sterno-mastoïdien. Abcès. Guérison, par M. H. LAVRAND.

L'auteur rapporte le cas d'un malade porteur d'une ancienne otorrhée et qui présentait, au moment où il l'a vu, un volumineux abcès sous-périosté, avec contracture du sterno-mastoïdien. On ouvre la mastoïde, on trouve l'antre rempli de pus. En moins de trois semaines, le malade guérit; puis, bientôt, on est obligé de drainer à nouveau la poche de l'abcès sous-périosté. Un peu plus tard, il faut ouvrir un abcès au niveau des attaches inférieures du sterno-mastoïdien. Huit jours après, une nouvelle collection purulente, sous-cutanée celle-là, est ouverte au niveau de la moitié inférieure du sterno-mastoïdien.

Le point le plus intéressant de cette observation, c'est l'infection du muscle sterno-mastoïdien. Par où s'est faite cette infection? Rien ne permettait de croire à une perforation de la pointe de l'apophyse. Il était plus probable que l'abcès sus et rétro-mastoïdien avait décollé le périoste jusqu'aux attaches du sterno-mastoïdien, et que l'infection s'était étendue de là à la gaine du muscle. (*Journ. des sciences méd. de Lille,* n° 21, mai 1901.) Dr F. ARDENNE.

Étude anatomique et pathologique des groupes cellulaires postérieurs de la mastoïde, cellules juxtasinusales, par les Drs STANÇULÉANU et DEPOUTRE.

Les auteurs viennent de publier une très remarquable étude faite sur le cadavre, des groupes cellulaires de la partie postérieure de la mastoïde, autrement dit de la région osseuse qui avoisine le sinus latéral et s'étend jusqu'au pariétal et à l'occipital.

Les recherches qu'ils ont entreprises et menées à bien sur 100 cadavres d'âges différents, leur ont permis de diviser en trois catégories les cellules mastoïdiennes de la partie postérieure de l'apophyse : groupe postéro-supérieur, groupe postérieur proprement dit, et groupe postéro-inférieur.

Ils croient pouvoir expliquer par cette disposition anatomique la tendance qu'a la suppuration antrale à se porter tantôt sur un point, tantôt sur un autre, tantôt vers la fosse cérébrale moyenne (cellules postéro-supérieures), tantôt vers le sinus latéral (cellules postérieures), tantôt enfin vers le golfe de la jugulaire et la rainure digastrique (cellules postéro-inférieures).

Sur les 100 temporaux examinés, quarante fois MM. Stanculéanu et Depoutre ont trouvé des groupes cellulaires nettement postérieurs.

« Dans la majorité des cas, un de ces groupes existait à l'exclusion des autres; mais dans 12 cas, il y avait une coïncidence de cellules postéro-supérieures, postéro-inférieures et postérieures proprement dites.

» Ils ont trouvé le plus fréquemment le groupe cellulaire postéro-supérieur (27 fois); viennent ensuite les cellules

postérieures (13 fois) et les cellules postéro-inférieures (12 fois).

» Dans 8 cas, ils ont vu des cellules mastoïdiennes s'étendre en arrière de la gouttière sigmoïde du sinus latéral (cellules rétro-sinusales). »

C'est dans cette dernière catégorie d'apophyses mastoïdes que la gouttière est ordinairement très profonde, que le sinus se rapproche au maximum du bord du conduit et qu'il est impossible de faire un curettage complet des cellules malades sans découvrir d'abord, contourner ensuite, le sinus latéral.

Le plus souvent, dans les rochers examinés, les cellules postérieures communiquaient avec l'antre, mais dans 6 cas, il y avait nettement un pont de tissu osseux *plus ou moins diploïque,* qui les séparait de la paroi postérieure de l'antre.

L'épaisseur de ce pont variait entre 2 et 3 millimètres à 1 centimètre.

Les auteurs ont toujours rencontré, dans les mastoïdes examinées, une certaine épaisseur de tissu osseux séparant l'antre du sinus latéral. Cette paroi possédait toujours au moins 4 à 6 millimètres, souvent davantage. Par contre, le groupe postérieur des cellules, quand il existe, est souvent en rapport presque immédiat avec la paroi sinusienne.

Ils en concluent que la paroi postérieure de l'antre n'est jamais en rapport direct avec le sinus. Si cela est vrai dans les apophyses saines, il ne faudrait pas en induire, à mon avis, q'il en soit de même à l'état pathologique. La suppuration détruit rapidement les cloisons osseuses, en sorte qu'on se trouve souvent en face d'une grande cavité antrale en contact direct avec la paroi sinusienne, avec ou sans intermédiaire d'une mince cloison osseuse. Il y a donc lieu d'être toujours très prudent dans le curettage de la paroi postérieure de l'antre dans l'évidement mastoïdien.

Avec le résultat de leurs recherches anatomiques, les auteurs rapportent 5 observations de malades ayant présenté la disposition des cellules postérieures signalée dans le cours de leur travail. Deux de ces 5 observations avaient

été déjà publiées par Hutington Richard (1888), Moure et Lafarelle (1901). Les autres sont dues : la première, aux auteurs eux-mêmes, la deuxième, à MM. Bourgeois et Depoutre, la troisième à M. Lermoyez.

2 de ces 5 malades sont morts, l'un (Moure et Lafarelle), un mois après avoir subi un évidement mastoïdien qui ne s'était pas étendu jusqu'à une grande celluie postéro supérieure séparée de l'antre par une épaisse couche *de tissu éburné :* cette cellule aberrante était ouverte sous les méninges, qu'elle avait infectées; l'autre (Stanculéanu et Depoutre) ne fut pas opéré, et la découverte d'une cellule postérieure remplie de pus fut une trouvaille d'autopsie.

La connaissance de ces faits est importante; pour se mettre à l'abri d'une complication ultérieure, Lombard conseille de décortiquer toute l'apophyse afin d'être certain de ne laisser aucune cellule aberrante inexplorée.

C'est être un peu radical! Néanmoins, le travail de MM. Stanculéanu et Depoutre aura le mérite de faire toujours songer à une anomalie possible des cellules mastoïdiennes lorsqu'après un évidement de l'apophyse, les symptômes locaux et généraux ne s'amenderont pas rapidement. On pourra ainsi, par une intervention complémentaire, achever une opération incomplète et parfois sauver un malade voué sans cela à une mort certaine. (*Ann. des mal. de l'oreille,* n° 10, oct. 1901.)

Dr BRINDEL.

Otite moyenne aigüe suppurée à rechute; complications endocraniennes à symptômes frustes; intervention en deux temps; mort par phlébite du sinus latéral et méningite suppurée de la base, par le Dr TOUBERT.

M. Picqué fait à la Société de chirurgie un rapport sur une observation de complication mortelle d'une otite suppurée aigüe.

Un soldat est pris, après une angine, d'otite moyenne légère qui disparaît au bout de quinze jours. Quelques jours plus tard, nouvelle poussée d'otite à aspect grave : température élevée, céphalée intense, aspect typhoïde. Paracentèse du tympan : aucun résultat, sauf amélioration apparente de courte durée. Puis, de nouveaux frissons,

céphalée, etc. Cure radicale. Pas de pus dans l'antre. Dure-mère mise à nu, saine.

Après l'intervention : chute de la température; mais le lendemain, nouveaux frissons, agitation, délire, dyspnée. Nouvelle intervention : découverte du sinus. Incision du sinus : il ne contient pas de pus, mais des débris d'aspect fibrineux. Tamponnement. Ligature de la jugulaire. Ponction des méninges : pas de résultat. Mort dans la soirée.

Autopsie. — Méningite purulente étendue à la majeure partie de la base du cerveau, phlébite du sinus latéral. (Soc. de chir., 2 oct. 1901, *in Presse méd.*, n° 80, 8 oct. 1901.)

Dr Brindel.

Un cas d'abcès cérébral d'origine otique avec mastoïdite et abcès périsinusien. Opérations. Guérison, par le Dr Buys, d'Ixelles.

A la suite d'une suppuration chronique, le malade, âgé de onze ans, présente pendant huit jours des symptômes généraux caractérisés par des alternatives d'agitation et de somnolence. A plusieurs reprises, il semble ne pas reconnaître ses parents. Sur la mastoïdite gauche, il existe une tuméfaction. La première opération ne présente aucune particularité, sauf l'ouverture d'un abcès périsinusien.

Quatre jours après, on constate une marche titubante et de l'agitation. Papille de stase très marquée à gauche. La seconde intervention consiste dans une ponction pratiquée en vain dans le cervelet, au moyen de six coups de bistouri.

Trois jours après, en présence de l'état comateux persistant et de la paralysie du facial du côté opposé, on pratique une troisième intervention. La mise à nu de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne fait s'ouvrir spontanément un abcès renfermant 150 grammes de pus. Drainage à la gaze iodoformée. Le lendemain, injection d'eau oxygénée dans le trajet fistuleux et placement d'un drain en caoutchouc.

La guérison suit dès lors un cours normal, sauf l'apparition d'une agitation extrême qui exige l'internement du malade dans le service de psychiatrie de l'hôpital Saint-Jean. Les phénomènes observés se rapportent à de l'excita-

tion maniaque. La guérison s'obtient néanmoins au bout de six semaines.

Une des particularités de l'observation, c'est l'apyrexie complète pendant tout le cours de la maladie. Une autre serait l'existence séparée de deux foyers endocraniens sans communication entre eux. (*Journ. méd. de Bruxelles,* n° 46, 14 nov. 1901.)

Dr A. CAPART fils.

VARIA

Épithélioma greffé sur un lupus tuberculeux, par le Dr BAYET, de Bruxelles.

L'observation du malade permet à l'auteur de rappeler le récent travail de Ashihara (*Archiv f. Dermatol. und Syphilis,* VII, 1901), qui a relevé dans la littérature 122 cas d'épithéliomas apparaissant sur la cicatrice du lupus guéri depuis de nombreuses années. Le pronostic de ces tumeurs *quoad vitam* est bénin, mais il est, en général, difficile de limiter le néoplasme qui siège au visage à moins de délabrements extrêmes.

Cette forme de cancer est intéressante au point de vue de l'étiologie générale. La théorie de Cohnheim est en défaut, car il faudrait une coïncidence extraordinaire. Il est bien plus probable qu'il se produit à un moment donné une prolifération atypique de noyaux épithéliaux inclus au moment de la cicatrisation. La même chose se produit, du reste, pour les foyers lépreux et les syphilomes tertiaires.

Dans le cas en question, on notait un carcinome de l'estomac chez le père et, d'une manière probable, chez l'oncle. (*Journ. méd. de Bruxelles,* n° 48, 28 nov. 1901.)

Dr A. CAPART fils.

Épithélioma développé sur un lupus tuberculeux, par le Dr BAYET, de Bruxelles.

Le malade présenté, âgé de cinquante-quatre ans, a le nez envahi par une masse fongueuse dans laquelle on a reconnu des globes épithéliaux. La face est recouverte d'une cicatrice du lupus tuberculeux.

De la discussion, il semble résulter que ces cas ne sont pas rares, mais il est fort difficile de se faire une opinion

sur la malignité de ces formes néoplasiques. (Soc. belge de dermatol. et de syphil., 10 oct. 1901, *in Journ. méd. de Bruxelles*, n° 47, 21 nov. 1901.) Dr A. CAPART fils.

NOUVELLES

— **Nouvelles diverses.** — Le *Bollettino de Grazzi* annonce que le VIe Congrès de la Société italienne d'oto-rhino-laryngologie, qui devait se réunir à Rome, au mois d'octobre dernier, a été différé.

— Le *Siglo medico* nous apprend que les bureaux des sections de rhino-laryngologie et d'otologie du Congrès international de Madrid ont été constitués ainsi que suit :

Section de rhino-laryngologie : Président, Uruñuela ; premier vice-président, Rueda ; deuxième vice-président, Enriquez ; secrétaire, Compaired ; secrétaires adjoints, Tapia et Traver.

Section d'otologie : Président, Cisneros ; premier vice-président, Q. Alvarez ; deuxième vice-président, Gomez de la Mata ; secrétaire, Forns ; secrétaires adjoints, Botella et Carralero.

— Ainsi que nous l'avons déjà annoncé dans un des derniers numéros de la *Revue*, le Comité d'organisation du XIVe Congrès international de médecine a décidé de scinder en deux subdivisions la section oto-rhino-laryngologique.

A la même séance, il a été proposé de demander des conférences à des savants éminents de tous les pays, parmi lesquels Virchow, Koch, Lister, Mac Cormac, Berthelot, Brouardel, Lombroso, Golgi, Retzius, Politzer, Cajal, Rodriguez, Mendez et Carracido.

— Le professeur A. d'Aguano a été nommé directeur du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital San Severo, de Palerme, en remplacement du professeur Q. Ficano, décédé.

— Le Dr E. Leutert, privatdocent à Kœnigsberg, a été nommé professeur extraordinaire d'otologie et directeur de la clinique otiatrique de l'Université de Giesgen, en remplacement du professeur Steinbrügge, décédé.

— A la séance du 3 mai dernier, le professeur F. Massei, de Naples, a été nommé correspondant de la Société de laryngologie de Berlin.

— Le Dr P. F. R. Packard a été nommé professeur d'otologie, à Philadelphie.

~~ Par décret en date du 6 novembre 1901, le Dr Claude Chauveau a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

~~ Le **XIe Congrès italien de médecine interne** s'est tenu à Pise du 27 au 31 octobre dernier. Nous trouvons au programme :

J. Tomassi (Pise) : Catarrhe trachéal hémorragique ; — Pacinotti : Les otomycoses et le cerumen rouge ; — V. Grazzi : Sur la chorée du larynx ; — Zawerthal : I. Syndromes réflexes des maladies du nez et du sinus ; II. Notes cliniques sur certaines altérations spécifiques des organes respiratoires.

NÉCROLOGIE

Dr S. J. JONES, de Chicago.

Le *Medical Record,* de New-York, annonce la mort du Dr S. J. Jones, de Chicago, professeur d'otologie et d'ophtalmologie à l'Université du Nord-Ouest, qui vient de succomber à une affection de l'estomac, à l'âge de soixante-cinq ans.

Dr F. SEMELEDER, de Cordoba.

Le *Wiener klinische Wochenschrift* annonce la mort du Dr F. Semeleder, décédé à Cordoba (Mexique). Semeleder avait exercé la laryngologie à Vienne, puis il était parti au Mexique comme médecin particulier de l'empereur Maximilien.

Commandeur Emilio de ROSSI, de Rome.

Le Commandeur Emilio de Rossi, professeur d'oto-laryngologie à l'Université royale de Rome, a succombé le 12 novembre 1901, âgé de cinquante-sept ans, à une angine de poitrine. De Rossi est né à Menton en 1844 ; à vingt et un ans, il obtint, après un brillant concours, une bourse pour aller étudier l'ophtalmologie à Paris, mais il changea d'idée et s'adonna aussitôt à l'otologie. Il fut appelé à Rome par le Gouvernement comme chargé de cours d'otologie. En 1881, il fut nommé professeur extraordinaire de clinique otiatrique et simultanément docent libre de laryngologie.

De Rossi a succombé à l'apogée de sa gloire, au moment où il avait la joie de constater l'attention accordée à la spécialité qu'il avait contribué à faire connaître.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNÉE. N° 2. 11 JANVIER 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

UN CAS
DE PYOHÉMIE OTITIQUE SANS PHLÉBITE
CHOROÏDITE SUPPURÉE DU CÔTÉ OPPOSÉ[1]

Par le Dr **THOMAS**, de Marseille.

La mastoïdite tend depuis quelques années à passer dans le domaine de la chirurgie générale.

La découverte par les anatomistes et les chirurgiens de cellules aberrantes, surtout chez l'adulte et le vieillard, et occupant en général l'angle postéro-supérieur de la mastoïde, les trouvailles d'autopsie, dont je cite plus loin deux cas, exigent une grande réserve dans le pronostic, même après les interventions les plus radicales, et expliquent des terminaisons funestes chez des malades en voie d'une guérison complète à bref délai.

Un malade, opéré le 10 novembre 1900 par Moure[2], allait quitter l'hôpital le 4 décembre à peu près guéri, lorsqu'il est pris de méningo-encéphalite diffuse et meurt cinq jours après, le 9.

L'autopsie montre une cavité purulente siégeant dans l'angle postéro-supérieur de la mastoïde, séparée de l'évidement opératoire par un demi-centimètre d'os sain, compact, éburné, sans aucune communication, et dont la paroi interne était

1. Travail reçu le 17 décembre 1901.
2. *Revue de laryngologie*, janvier 1901.

par le sinus latéral doublé d'une sorte de membrane
que, ce sinus étant, du reste, absolument sain.
autre curieuse anomalie est relatée par un élève de
le Dr Lafarelle ; il s'agit d'un diverticulum de la
u tympan chez un malade mort de méningite géné-
d'origine otique ; ce diverticulum, que le chirurgien
pu découvrir, avait des dimensions sensiblement
celles de la caisse tympanique, communiquait avec
un isthme donnant à la coupe la forme du chiffre 8 ;
situé à la région inférieure, rempli, comme la caisse,
osités et communiquait avec la fosse cérébelleuse par
conduit osseux de 4 à 5 millimètres de longueur, le
de l'aqueduc du limaçon.
use de la pyohémie de mon malade ne m'a pas paru
d'une de ces anomalies, mais d'une ostéo-phlébite du
terne du conduit auditif externe ; l'intérêt de l'obser-
e trouve dans la marche très insidieuse de l'affection
ge de la complication.

VATION. — *11 juillet.* — M..., quarante-neuf ans, employé
u, habitant la banlieue, caractère très énergique, constitu-
par un séjour prolongé aux colonies et l'abus de l'alcool ;
a trois mois, dont il ne reste plus de trace ; offre, à l'exa-
roite : une déformation du conduit auditif externe, produite
ffaissement très douloureux au toucher de la face postéro-
re ; une otite moyenne aiguë non suppurée et une mastoï-
ement aiguë.
bue sa maladie à un refroidissement subi, il y a quelques
endant une pêche de nuit ; un cathétérisme infructueux
paracentèse, en raison de l'obstruction de la trompe, milite
r de cette étiologie.
ement mastoïdien, proposé avec insistance, étant franche-
usé, je pratique la paracentèse, qui détermine un écoule-
nguin assez abondant, sans trace apparente de pus, et la
habituelle dans les manifestations douloureuses et la gêne
ire, qui suit toute ouverture d'une cavité close soumise à
ssus inflammatoire.

ue de laryngologie, novembre 1901.

Application permanente pendant deux jours de la glace sur l'apophyse mastoïde; instillations dans le conduit de glycérine phéniquée tiède.

Je l'invite à revenir le plus tôt possible.

12 août. — Le malade est resté un mois sans me donner de ses nouvelles, avec des alternatives de douleurs violentes et de calme; il est maintenant décidé à se faire opérer. Otite moyenne suppurée, affaissement non douloureux de la partie postéro-supérieure du conduit, mastoïdite. Mais il faut attendre le 17 pour des raisons de service à son bureau, dont il ne peut s'absenter plus de six jours sans courir le risque d'être remercié.

17 août. — Opération avec l'excellent concours des Drs Lachaux et Laugier; pas d'incident chloroformique; os dur, éburné au point d'ébrecher deux ciseaux; antre rempli de fongosités; peu ou pas de pus. Suites opératoires très simples.

A partir du 23, M... fait chaque jour une apparition plus ou moins longue à son bureau.

31 août. — M... dit avoir souffert de douleurs superficielles au niveau de la plaie rétro-auriculaire la nuit dernière, pendant deux à trois heures, après son premier sommeil.

4 septembre. — Ces douleurs nocturnes ont persisté jusqu'au pansement (six heures du soir), et la curette a déterminé, malgré l'emploi d'une solution fraîche de cocaïne à 1/10, une vive douleur dans le bord interne du conduit auditif externe.

J'écris sur mes notes : ostéite. Pas de fièvre ni frissons.

Cessation de ces douleurs superficielles les *5*, *6* et 7.

Ces douleurs superficielles et la douleur produite par la curette me préoccupaient au point de vue d'une ostéo-phlébite et je songeais à une deuxième intervention, à l'ablation du bord interne du conduit auditif externe, à un Stacke, lorsque, pendant le pansement du 7, à mon cabinet, vers quatre heures du soir et sans que mon attention fût attirée par M..., je constatai une conjonctivite de l'œil *gauche*. « Ce n'est rien, dit M..., un simple courant d'air; ça ne valait pas la peine de vous en parler. » Je n'y attachai moi-même aucune importance et conseillai des compresses d'eau boriquée tiède.

9 septembre. — Mme M..., tout en larmes, m'annonce, à deux heures du soir, que son mari a été pris de violents frissons dans la soirée du 7, qu'il en a eu d'autres depuis et que son œil *gauche* est très gros et excessivement douloureux.

J'accepte avec empressement un examen avec le Dr Nicati pour le soir même. Mon savant confrère constate de l'exorbitis, la dureté

du globe, la douleur à la pression et surtout au refoulement; la transparence des milieux et la perte totale de la vision; il conclut à un abcès rétro-bulbaire siégeant dans la capsule de Tenon; agite la question de ponction après chloroformisation, et, finalement, prescrit un simple traitement médical : sulfate de quinine et cataplasmes. Il me charge de faire connaître à la famille l'extrême gravité du pronostic.

Mon rôle d'auriste était ainsi brusquement terminé, l'intervention n'avait plus de raison d'être.

Rien du côté du sinus latéral, de la jugulaire interne.

La pathogénie de cet abcès restait obscure [1].

10 septembre. — M... a passé une meilleure nuit, a un peu dormi; exorbitis plus prononcé, il est impossible d'entr'ouvrir les paupières; œil aussi dur, moins douloureux au toucher, toujours très douloureux au refoulement du globe.

12 septembre. — Diminution de l'exorbitis, douleurs moins vives au toucher et au refoulement, bon sommeil pendant deux heures la nuit dernière. Est venu en ville en tramway pour régler sa situation au bureau et se présenter au Dr Nicati. Petits frissons.

14 septembre. — État général meilleur, œil moins douloureux, moins saillant.

16 septembre. — Œil rempli de pus, issue du pus au dehors par l'interstice tendineux supéro-externe. Modification du premier diagnostic par le Dr Nicati, qui examine le malade ce jour-là : choroïdite suppurée, ayant l'artère centrale de la rétine et ses ramifications comme voies de propagation; plus de douleurs, plus de frissons, détente complète.

Même état jusqu'au *20* et même traitement : sulfate de quinine, lavages et cataplasmes. Pansement tous les deux jours de la plaie rétro-auriculaire.

20 septembre. — Sueurs abondantes, refroidissement général, pertes de connaissance, ne souffre plus, ne peut plus quitter le lit.

21 et 22 septembre. — Affaiblissement physique progressif, œil mou, rentré dans l'orbite, transparence de la chambre antérieure, vision nulle.

25 septembre. — Affaiblissement intellectuel et physique très marqué par propagation aux méninges; perte de la mémoire, de l'audition.

Douleurs dans la jambe droite sans lésion apparente.

1. L'observation oculaire sera présentée ultérieurement par M. le Dr Nicati, avec le titre : « Staphylococcie oculaire. »

La plaie rétro-auriculaire cesse de suppurer, disparition des bourgeons charnus, vue de la cavité antrale dans toute son étendue.

***28 septembre.* — Mort après de très vives douleurs méningo-encéphaliques et une agitation extrême.**

RÉFLEXIONS. — Le Dr Georges Laurens, dans un savant rapport à la Société française d'otologie (1900), dit que, depuis les recherches de Körner, datant de quelques années, on admet deux pyohémies otitiques : avec phlébite et sans phlébite ; cette dernière est plus rare.

Il cite les cinq principales théories émises sur la pathogénie de la pyohémie sans participation du sinus :

1° Infection par voie lymphatique ;

2° Phlébite par petits sinus, pétreux supérieur et inférieur ;

3° Ostéo-phlébite des petites veines du rocher ;

4° Thrombose pariétale du sinus ;

5° Passage direct des produits infectieux dans le sang par les capillaires osseux ou de la muqueuse tympanique.

La pyohémie avec phlébite donne naissance à des abcès centraux pulmonaires, généralement mortels.

La pyohémie sans phlébite donne naissance à des abcès artériels périphériques, en général bénins.

La choroïdite de M... était un abcès artériel périphérique, l'artère centrale de la rétine étant terminale.

Cet abcès ne devait-il pas subir le traitement de tout autre abcès de même origine ?

Dès le premier examen, le Dr Nicati déclara nettement que cet abcès rétro-bulbaire, siégeant dans la capsule de Tenon, entraînerait presque fatalement la mort et certainement la perte totale de la vision de l'œil infecté.

Ce pronostic, très noir, fit soulever la double question de la ponction qui, après hésitation, fut déclarée sans utilité, et de l'énucléation immédiate, qui fut rejetée en raison de la pyohémie.

Ne devions-nous pas profiter de la détente complète qui a suivi l'issue du pus au dehors et a duré quatre jours ?

Il est juste de dire que cette accalmie nous avait donné une lueur d'espérance pour la vie de M...

Et puis la choroïdite purulente, *du côté opposé à la lésion primitive,* n'ayant pas encore été signalée, du moins à ma connaissance, dans la littérature médicale comme complication de la pyohémie otitique, notre abstention était donc légitime, sinon justifiée.

Mais, après cette unique expérience, je n'hésiterais pas à conseiller ou à faire dès le premier examen, le 9 septembre dans ce cas, un débridement très large de l'orbite en dehors; puis, lors de l'envahissement du globe par le pus, le 16 septembre, l'énucléation, l'ouverture large de l'orbite suppuré et la désinfection aussi complète que possible de toute la région infectée, car la mort de M... paraît résulter (l'autopsie n'a pas été faite) d'accidents méningo-encéphaliques, dus à la contiguïté de l'organe infecté et du cerveau; le chemin de la propagation est si court.

Quoi qu'il en soit, cette pyohémie, née soit d'une ostéophlébite ou d'un passage direct des produits infectieux dans le sang par les capillaires osseux, confirme l'opinion, déjà émise, sur la nécessité de l'ablation du bord interne du conduit auditif externe, lorsqu'on a constaté l'affaissement douloureux de la face postéro-supérieure de ce conduit.

SUR TROIS CAS
DE CORPS ÉTRANGER DU LARYNX[1]

Par le Dr **E. J. MOURE,**
Chargé de cours à l'Université de Bordeaux.

L'histoire des corps étrangers des voies aériennes en général et du larynx en particulier est toujours intéressante, soit à cause de la nature du corps du délit, de son point de fixation, soit pour les diverses façons dont on peut l'enlever. C'est pour ces motifs que je crois devoir signaler trois cas de

1. Communication faite à la Société de chirurgie de Paris, 1901.

ps étrangers de l'organe vocal que j'ai eu l'occasion d'ob-ver durant cette année, corps étrangers assez curieux par ir forme et par les modes d'extraction employés.

Observation I. — Dans le premier cas, il s'est agi d'une épingle heveux, retournée sur elle-même et avalée par le larynx d'une ne fille de vingt ans, qui avait l'habitude de mâcher et courber des épingles à eveux avec sa langue et dents. Aussitôt le corps anger introduit dans les es aériennes, elle eut un ès de suffocation, puis it rentra dans l'ordre au nt de vue respiratoire. ule la phonation était un a altérée et la déglutition èrement gênée. C'est ns ces conditions qu'elle présenta le lendemain tin à ma clinique de la Faculté, où je constatai, à l'examen yngoscopique, que le corps étranger était logé dans le ventricule Morgagni du côté gauche, pris entre la corde vocale et cette rité, faisant saillie en arrière, du côte de l'entrée de l'œsophage. me fut impossible de voir, à l'examen, de quel côté étaient tour-s les parties acérées de l'épingle, que je pensais être implantée ns l'intérieur du larynx.

Fig. 1.

Après cocaïnisation de la muqueuse de l'arrière-gorge et du ynx, je parvins à saisir le corps étranger dans la pince laryn-nne à bec de canard et à l'extraire après quelques manœuvres, ir le désenclaver de son point d'implantation. Les suites furent urellement des plus bénignes.

Obs. II. — Dans le second cas, il s'agit d'un crochet de corset en me d'U, ayant pénétré dans le larynx d'une fillette de cinq ans, étant venu se fixer par un de ses bords sous la corde vocale; e des extrémités de l'U faisait saillie dans la région postérieure larynx. La voix était enrouée, la toux rauque, presque aphone, upale, caractéristique en quelque sorte de la lésion. La respi-ion, assez gênée, était un peu bruyante, surtout pendant le mmeil, ou lorsque l'enfant pleurait.

La fillette, d'abord très indocile, finit cependant par laisser faire

olaryngée : après cocaïnisation complète, je bjet avec une pince, mais, malgré les mouve- peu dans tous les sens, il me fut tout à fait cher, je ne parvins qu'à érailler la muqueuse u'il était inutile de tenter l'extraction par cette s de pratiquer la thyrotomie médiane. L'opé- ésence du professeur Pièchaud, dans le service l placée. Comme il s'agissait, somme toute, d'extraire simplement un objet logé dans le larynx et qu'il n'y avait aucune sorte de lésion de la muqueuse, je pensais que je pouvais agir sans pratiquer la trachéotomie préalable, me tenant, du reste, prêt à la faire, si elle devenait nécessaire au cours de l'intervention.

Après avoir sectionné les tissus sur la ligne médiane, j'arrivai facile- le, que j'incisai à l'aide d'un bistouri, dans peine les deux lames de ce cartilage furent- artées, que j'aperçus le corps étranger qui re, s'offrir à l'extérieur par sa partie convexe. ement avec une pince à disséquer, et parvins ême avoir eu besoin d'écarter complètement roïdiennes. Ceci fait, étant donné que je une déchirure, je me bornai à rapprocher thyroïde que je sectionnai au catgut ; puis je nture des muscles et de la peau, par couches

èrent d'une façon tout à fait normale ; cinq à emier pansement, la plaie était complètement tat général de l'enfant était si mauvais que, huit il se produisit, au niveau de la partie inférieure , une sorte d'ulcération qui malgré les panse- dus et les plus aseptiques, ne tarda pas à ne sorte d'ulcère phagédénique, réouvrant e cutanée de nouvelle formation presque dans ette plaie, toute superficielle qu'elle était, mit n mois à guérir complètement, laissant à sa cicatrice étoilée, comme aurait pu le faire une

lement altérée par la suite.

Il est inutile d'ajouter que la petite malade est aujourd'hui en parfaite santé et ne se rappelle même plus l'accident qui lui était arrivé.

Obs. III. — Le troisième cas, beaucoup plus récent (3o avril) est aussi intéressant, tant par la nature du corps étranger que par la façon dont il a été expulsé.

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, ayant dégluti par les voies aériennes, le 15 avril dernier, une longue épingle à grosse tête noire, comme les femmes de nos pays en mettent quelquefois à leur foulard, dans les cheveux. La malade se plaignait manifestement de sentir son épingle du côté de la bronche gauche, disant qu'elle éprouvait à ce niveau une piqûre souvent intolérable, qui l'obligeait à tousser (toux coqueluchoïde) et qui depuis quelque temps la gênait même pour respirer. Cette malade était placée dans le service du professeur Lanelongue, qui, à l'auscultation, constata des signes de broncho-pneumonie légère, avec expectoration sanglante.

Cette malade fut envoyée à la clinique, pour être examinée au laryngoscope, afin que nous puissions voir si on découvrait les traces de son épingle. L'examen laryngoscopique, extrêmement facile, permit de constater non seulement l'intégrité du larynx, mais de la trachée, dans presque toute sa hauteur, au point que je me demandai un moment si la malade avait réellement avalé son épingle et si ce n'était pas simplement une névropathe croyant avoir un corps étranger. Néanmoins, la toux coqueluchoïde, l'expectoration sanglante qu'elle rejeta devant nous, me firent penser à la réalité de la présence de cet objet. Je proposai alors de faire la radiographie et de conduire la malade au professeur Bergonié, ce qui fut fait immédiatement. A peine cette malade était-elle arrivée dans le cabinet de radiographie qu'elle fut prise d'une quinte de toux violente au cours de laquelle elle dit sentir son épingle remonter en arrière jusqu'à l'entrée du larynx, où elle en sentait la piqûre. Remontée immédiatement à ma salle de consultations, je l'examinai à nouveau et je constatai, en effet, que l'épingle venait faire saillie en dehors du larynx, où elle s'était placée dans le sens traversal, piquée d'un côté dans les tissus et les replis ary-épiglottiques. Sans même avoir besoin de cocaïner la malade, qui était fort émotionnée, cela va sans dire, je pris une pince laryngienne assez forte et je saisis l'épingle par son milieu, dégageant la pointe à l'aide de petites tractions du côté opposé; je parvins à la retirer à la première tentative, sans que la malade ait le moindre réflexe.

C'est là, je crois, une terminaison assez heureuse pour un corps étranger de cette nature, qu'une série de circonstances ont permis d'enlever rapidement de la profondeur de l'arbre aérien, où il eût été peut-être fort difficile d'aller le déloger par des moyens chirurgicaux.

En résumé, grâce aux moyens dont nous disposons aujourd'hui et grâce aussi au chlorhydrate de cocaïne qui permet d'anesthésier complètement la muqueuse de l'arrière-gorge et du larynx, je pense que la plupart des corps étrangers de l'entrée des voies aériennes peuvent être enlevés par les voies naturelles; toutefois, il ne faut pas hésiter, lorsque l'objet introduit offre des côtés acérés ou pointus par lesquels ils attirent ou s'incrustent dans la muqueuse, à pratiquer l'ouverture médiane du cartilage thyroïde, qui est évidemment l'opération de choix dans ces cas. Cette opération faite avec soin, bien sur la ligne médiane, entre les deux cordes vocales, rend très facile l'inspection de la cavité laryngienne, sans apporter aucune espèce de trouble ultérieur à la phonation, la soudure se faisant généralement très bien par première intention.

Pour éviter le chevauchement des deux lames du thyroïde, je crois qu'il est nécessaire de les fixer à l'aide d'un catgut passé d'un côté à l'autre. La couche musculaire devra être ensuite réunie également au catgut, et la peau avec des crins; cette suture par étages permet aux tissus du cou de conserver leur mobilité normale et de faire des cicatrices non adhérentes, qui par la suite ne gênent en aucune façon les malades.

Dans ces cas, la trachéotomie sera la plupart du temps inutile, étant donné que l'hémorragie est très peu abondante; toutefois, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer cette opération, si l'on éprouvait quelque difficulté au cours de la recherche du corps étranger, ou si l'on était peu familiarisé avec l'opération.

La canule peut être rapidement enlevée, souvent même

aussitôt après l'ablation du corps du délit. Toutefois il est des cas où il convient de laisser le tube trachéal pendant trois ou quatre jours dans la trachée, afin d'éviter soit l'emphysème, soit l'infection de la plaie par des mucosités accumulées dans les bronches ou la trachée, lorsque, par exemple, l'objet introduit depuis quelque temps a obstrué en grande partie le conduit respiratoire et déterminé là une irritation locale assez vive.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 1er novembre 1901.

Présidence de M. E. Cresswell Baber, président.

Le Comité des tumeurs morbides rapporte les résultats de l'examen microscopique des pièces suivantes :

1° Spécimen de tumeur laryngée. Cas de M. Lake, présenté à la séance du mois de mars 1900. A la coupe, la pièce offrait la structure d'un carcinome ganglionnaire.

2° Tumeur de l'amygdale gauche. Cas présenté par M. Potter à la séance de mai 1900. La pièce soumise à l'examen présentait les caractères d'un sarcome embryonnaire.

3° Tumeur laryngée. Cas présenté par M. Mark Hovell à la séance de mai 1901. De nouvelles coupes ont été faites par M. Horne de fragments enlevés en 1886 et en 1887. Le Comité est d'avis que la structure histologique des spécimens soumis à son examen est celle d'un papillome bénin.

4° Tumeur laryngée. Cas présenté par M. Lambert Lack à la séance de mai 1901. Le Comité considère le cas comme un sarcome à cellules mixtes.

M. W. G. Spencer — **Cas de sténose syphilitique tertiaire du larynx, traitée par la laryngofissure sans trachéotomie** *(Case of tertiary syphilitic laryngeal stenosis treated by laryngofissure without tracheotomy).*

Le malade, potier, a été déjà opéré en mars 1899 pour une violente dyspnée dont l'iodure de potassium et le mercure

n'avaient pu avoir raison. Des masses épaisses et irrégulières de tissu sclérosé et enflammé recouvraient les bandes ventriculaires et en partie les cordes vocales, dont les mouvements étaient cependant libres; la charpente cartilagineuse n'était pas envahie. M. Spencer enleva une grande partie de cette masse de tissu sclérosé y compris une portion de la corde droite. Le malade se rétablit rapidement et reprit son travail, respirant librement aussi bien la nuit que le jour. La voix, quoique enrouée, était parfaitement perceptible. A l'heure actuelle, l'hypertrophie inflammatoire de la corde d'un côté a dépassé la ligne médiane et va à l'encontre de la portion restante de la corde extirpée. Lors de la première démonstration du cas, peu après la guérison du malade, les membres de la Société étaient d'avis que de pareils cas nécessitaient la trachéotomie, et que le malade, pensait-on, devait inévitablement la subir à bref délai.

Le présent cas montre que la trachéotomie n'est pas toujours ce qu'il y a de mieux et que, dans certains cas choisis, spécialement là où les cartilages ne sont pas touchés, on peut obtenir un réel succès par la thyrotomie et l'excision.

M. LE PRÉSIDENT félicite M. Spencer du beau résultat obtenu par lui, car dans son cas la plaie n'a laissé aucune cicatrice. Le malade a conservé de la voix et il parle assurément mieux qu'il ne l'aurait fait s'il avait subi une trachéotomie.

M. DE SANTI dit que le cas qu'il avait l'intention de présenter est de même nature que celui de M. Spencer, mais qu'il appartient à la catégorie de cas trachéotomisés. A présent, la vie est devenue pour le malade un véritable supplice : il est incapable de faire quoi que cela soit et est prêt à subir n'importe quelle opération pourvu qu'on le débarrasse de la canule.

M. HERBERT TILLEY dit que le malade de M. de Santi a été récemment opéré par lui (M. Tilley). Le patient voulait à tout prix qu'on le débarrasse de la canule. L'aspect du larynx semblait indiquer qu'une ablation de la bande ventriculaire et de la corde gauches devrait procurer un espace suffisant pour une respiration naturelle. On pratiqua la thyrotomie, mais on trouva que le tissu cacatriciel s'étendait au-dessous du larynx et qu'il était surtout très marqué dans la région cricoïdienne. On ne saurait donc espérer grand'chose d'une ablation de la corde et de la bande ventriculaire gauches.

M. W. G. SPENCER dit que les Allemands ont cherché à faire la greffe cutanée et à rentrer le lambeau, comme moyen de diminuer la sténose. Peut-être M. Tilley voudra t-il essayer cette méthode qui a donné, paraît-il, en Allemagne, quelques succès, surtout en ce qui concerne la suppression de la canule trachéale. On trouvera dans la *Centrallblat für Chirurgie* la relation de quelques cas où cette opération a été pratiquée.

M. F. WESTMACOTT. — **Démonstration d'une série de photographies, de dessins et de pièces d'affections inflammatoires des fosses nasales et des cavités accessoires** *(A series of specimens, photographs and drawings, illustrating the inflammatory diseases of the nasal fossae and accessory cavities).*

Une préparation sèche montre une projection très marquée en avant des cellules ethmoïdales antérieures. Une autre est un sinus sphénoïdal extrêmement grand, à parois très minces et fortement projeté en avant.

Plusieurs photographies et dessins pris sur des pièces au musée de Zuckerkandl, à Vienne, présentent des anomalies dans les dimensions de l'antre d'Highmore, du sinus frontal et des cellules ethmoïdales, et aussi des hypertrophies de la muqueuse des fosses nasales.

M. HERBERT TILLEY. — **Deux molaires présentant une couronne saine et des racines manifestement cariées; empyème de l'antre correspondant dans chaque cas** *(Two molar teeth showing healthy crowers, but evidences of caries in the palatal root; in each case there existed an empyema of the corresponding antrum).*

L'auteur montre que l'état normal de la couronne d'une dent ne prouve nullement que la racine ne soit pas malade et la cause d'une suppuration antrale. C'est pourquoi, dans un cas donné de suppuration de l'antre, l'aspect sain de la molaire correspondante n'autorise pas du tout à conclure à un empyème d'origine intra-nasale. Si donc, le malade éprouve une douleur dentaire coïncidant avec une aggravation des symptômes antraux, une telle dent doit être considérée comme suspecte quelque saine que sa couronne puisse paraître.

Dans le premier cas de M. Tilley, l'abcès autour de la racine

s'est ouvert dans l'antre; dans le second, l'abcès siégeait dans le récessus de la racine. M. Parker demande s'il existait des signes de pyorrhée alvéolaire, parce qu'autrement il ne s'explique pas la production d'une carie avec suppuration de la racine dentaire à moins qu'elle ne soit consécutive à une affection secondaire. La seule condition qui puisse l'expliquer est soit une carie ordinaire provenant de dehors en dedans, soit une pyorrhée, mais puisque dans ces cas-ci il n'y avait point de pyorrhée, il considère la carie plutôt comme secondaire que comme la cause de la suppuration sinusienne.

M. WAGGET dit que Tomes, dans sa *Chirurgie dentaire* (4e édit., p. 389), a montré qu'une nécrose de la pulpe dentaire peut exister sans aucune lesion externe de la dent.

M. NOURSE est d'avis qu'une de ces dents présente une petite zone cariée.

M. WESTMACOTT dit que la question d'une dent apparemment saine avec un abcès de la racine s'est récemment présentée à lui dans le cas d'un médecin atteint d'une suppuration de l'antre droit. De ce côté, la dentition était apparemment dans un état parfait. Il a noté un symptôme qu'il ne croit pas avoir été signalé jusqu'à présent : à la diaphanoscopie avec une forte lumière, la première molaire droite était opaque, toutes les autres dents étaient parfaitement transparentes. S'appuyant sur un autre cas antérieurement observé, il conclut que la première molaire était *perdue*, et conseilla son avulsion. On trouva alors un abcès à l'extrémité de la racine conduisant dans l'antre et qui était apparemment la cause de l'empyème. Le mois dernier, il eut l'occasion d'observer un autre cas semblable. Un gentleman vint le consulter pour une douleur à la partie antérieure de la voûte palatine que rien ne pouvait expliquer. L'éclairage par transparence permit de constater une opacité manifeste de l'incisive centrale droite. On fit arracher la dent et l'on découvrit un abcès de la racine. Après l'extraction tous les symptômes ont disparu.

M. SAINT-CLAIR THOMSON cite le passage suivant (page 161) du livre de Spencer Watson sur les *Maladies du nez* : « Il peut arriver, dit cet auteur, que les dents étant saines, apparemment du moins, une d'entre elles soit la cause d'une collection purulente de l'antre consécutive à une carie dentaire dont il n'est pas toujours facile de déceler les symptômes. Cependant un habile dentiste peut quelquefois obtenir quelques renseignements sur ce point en

percutant successivement les couronnes des dents à l'aide d'une baguette métallique, jusqu'à ce qu'il en trouve une plus sensible que les autres, et alors il procède à l'examen de l'état de la pulpe de la dent suspecte. » M. Thomson regrette qu'on ne puisse avoir sur cette question l'opinion de dentistes; il a eu plusieurs cas où les malades avaient insisté à vouloir se faire arracher certaines dents qui, selon eux, étaient malades, quoique la couronne n'eût rien d'anormal. Il ne saurait dire si dans les cas de M. Tilley les dents sont la cause de l'empyème ou si elles se sont infectées secondairement. Il croit avoir lu quelque part qu'à l'aide des rayons de Rœntgen on peut découvrir des lésions des racines des dents.

M. Donelan. — **Un cas de syphilis du larynx avec fixation de la corde gauche** *(Case of laryngeal syphilis with fixation of left vocal cord).*

Le malade, âgé de cinquante-deux ans, a contracté la syphilis à trente-six ans. Il y a une vingtaine de jours, il présentait un vaste ulcère fétide occupant le côté gauche du larynx, ayant envahi l'aryténoïde gauche, le ligament aryépiglottique et la corde vocale gauches et s'étendant en arrière de la ligne médiane, à la face postérieure de l'épiglotte. La corde vocale gauche était complètement immobile. Le traitement antisyphilitique a amené une amélioration remarquable; mais en raison du caractère unilatéral de l'affection et de l'aspect des parties malades, l'auteur voudrait savoir si, de l'avis de ses collègues, il n'y a pas lieu de soupçonner ici une affection maligne.

M. Spencer croit qu'on peut sans danger aucun continuer, pendant quelque temps, le traitement antisyphilitique, d'autant plus qu'il paraît avoir bien réussi jusqu'à présent.

M. Saint-Clair Thomson. — **Homme de trente-trois ans ans montré à la séance du mois d'avril dernier, comme cas de laryngite chronique avec ulcération d'une des cordes et présentant actuellement une infiltration lupique marquée et une ulcération de l'épiglotte** *(Man, acted 33, shewn at the meeting in april lart with chronic laryngitis and an ulcer on one vocal cord, now seen to present marqued lupus infiltration and ulceration on the epiglottis).*

Depuis près d'un an le malade se plaignait d'enrouement et

avait constamment l'envie de cracher. Lorsque le malade eut été présenté à la Société, il y a six mois, l'auteur souleva la question de la nature tuberculeuse de l'ulcération, qui existait sur l'une des cordes, et de la tuméfaction et de la congestion générales des deux cordes. Mais M. Thomson abandonna cette hypothèse, aucun signe nouveau n'étant venu la confirmer et aussi parce que, dans l'intervalle, s'est déclarée une rhinite purulente qui a suffi à l'éclairer sur la nature de l'affection. Plusieurs membres de la Société furent d'avis qu'il s'agissait d'une laryngite simple; d'autres croyaient même que l'enrouement du malade était dû à un trouble fonctionnel.

L'examen laryngoscopique pratiqué le 1er juin permit de constater l'absence de toute ulcération sur les cordes qui étaient simplement tuméfiées, catarrhales, avec des granulations le long de leur bord fixe. Pour la première fois on nota que l'épiglotte était rouge, velvétique, infiltrée et parcourue de légères fissures verticales sur sa face laryngée. Le malade ne revint que le 20 octobre; à cette époque l'aspect de l'épiglotte était le même qu'à présent. Elle était rouge, tuméfiée, congestionnée; ses contours étaient effacés; il y avait des pertes de substance et une infiltration tuberculeuse au fond des ulcérations. Pas de dysphagie. La voix était toujours enrouée et douloureuse.

M. le Président demande s'il existe dans ce cas quelques signes ou antécédents syphilitiques et aussi si l'on a trouvé le bacille de Koch.

M. Jobson Horne ignore pourquoi on considère le cas comme un cas de lupus. Il lui semble qu'il s'agit là d'une affection nettement tuberculeuse.

M. Saint-Clair Thomson, répondant au Président, dit qu'on ne trouve dans les antécédents du malade aucune histoire de syphilis. L'administration de l'iodure de potassium, à la dose de 50 centigrammes par jour, a plutôt aggravé son état, ce qui tendrait à confirmer l'hypothèse d'une affection tuberculeuse. Au point de vue clinique, la différence est grande entre la tuberculose et le lupus, point sur lequel l'auteur a antérieurement insisté devant la Société. Cette différence acquiert une grande importance en ce qui concerne la question du traitement, parce que, s'il s'agit d'un cas de lupus de l'épiglotte, on a affaire à une affection qui s'améliore

très bien par un traitement approprié; il n'en est pas de même, si c'est une tuberculose de l'épiglotte qui est une des plus malignes affections du larynx.

M. E. Waggett. — **Un cas de fenêtration congénitale des piliers antérieurs** *(Case of congenital fenestration of the anterior pillar of the fauces).*

Ce cas, il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, est un exemple typique de cette affection particulière dont plusieurs cas avaient été présentés à la Société dans le courant de l'année dernière. Point d'histoire d'ulcération, mais, étant jeune, la malade a eu la fièvre scarlatine.

M. Clifford Beale attache un grand intérêt à ce cas ainsi qu'à ceux déjà présentés à la Société, parce que la question à élucider est de savoir si une pareille fenêtration est due à la fièvre scarlatine. Ce qui l'a frappé à l'époque, c'était pour ainsi dire l'absence de preuves que la fièvre scarlatine puisse être suivie d'une telle fenêtration. Depuis, M. Beale a étudié la littérature de la question et noté ce que les autorités scientifiques en disaient. Le résultat de ses recherches a été que plusieurs éditions récentes de livres classiques modernes se citent les unes les autres et que toutes ces citations provenaient de la même source, et notamment du travail de Goodall, paru en 1899 et où est relatée une série de cas de fenêtration après fièvre scarlatine. Personne autre n'a rapporté de cas semblables. M. C. Beale a interrogé plusieurs médecins des Fevers Hospitals et tous l'ont assuré n'avoir presque jamais observé de fenêtration du palais à la suite de la fièvre scarlatine. Un médecin lui a dit en avoir vu un cas suivi de perforation, mais jamais plus depuis. Tout cela tend à démontrer que quoique des ulcérations du voile du palais puissent se produire à la suite de la fièvre scarlatine — et ces ulcérations sont, en effet, communes — elles se terminent ordinairement par la guérison et rarement par la fenêtration.

M. Donelan, parlant de la littérature du sujet, rappelle les cas de Monro, de Glasgow, et de Kœnig, de Paris, qui montrent que les perforations de cette nature peuvent être dues à des infections si variées qu'il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de dire si elles sont d'origine congénitale ou autre. Dans le cas de Monro, paru dans le numéro d'octobre du *Glasgow medical Journal*, l'examen bactériologique paraît avoir démontré que l'action érosive était due au pneumocoque.

M. Fitz-Gerald Powell ne doute guère que dans ce cas la perforation ne soit le résultat d'une ulcération. Les fentes y sont entourées de bandes de tissu cicatriciel qui prouvent qu'il y a eu ulcération, mais de quelle nature, scarlatineuse ou non, cela, il ne saurait le dire.

M. Waggett convient qu'il existe une cicatrice et partage l'opinion de M. Powell que l'affection est probablement due à une ulcération.

M. Fitz-Gerald Powell. — **Un cas de tumeur (papillome probable) de la corde gauche** *(Case of growth (probably papilloma) of the left vocal cord).*

BOSTON MEDICAL LIBRARY SEP 16 1902

Le malade, âgé de trente-deux ans, affirme qu'en février 1901 il a commencé à souffrir d'enrouement et à éprouver de la difficulté pour chanter; ces symptômes allaient en augmentant graduellement. Il n'y a eu ni douleur ni dyspnée. A l'examen, on trouva une tumeur sessile, irrégulière, provenant des trois quarts antérieurs de la corde gauche. Elle était de coloration presque blanche et offrait à sa surface de légères saillies papillaires. La tumeur est probablement un papillome contenant du tissu fibreux. Il est intéressant de noter le peu de troubles de la respiration qu'on observe chez les adultes dans ces cas de tumeurs bénignes du larynx à point de départ des cordes vocales, même lorsque le néoplasme atteint un volume considérable.

M. C. Beale demande si un papillome d'une couleur si blanche n'est pas chose très rare.

M. Law rappelle qu'il y a quelques années, le Dr Whistler a présenté à la Société un cas de tumeur beaucoup plus blanche que celle du cas de M. Powell.

M. Dundas Grant. — **Cas d'épithélioma de l'épiglotte chez un homme de cinquante-huit ans** *(Case of epithelioma of the epiglottis in aman acted 58).*

M. Butlin dit que M. Grant n'a pas tant agité la question du diagnostic que celle de l'intervention opératoire, et, à ce point de vue, il ne considère pas le cas comme propice. Il n'a jamais opéré de cas dans un état analogue et doute fort que la mise à nu de la tumeur soit le meilleur moyen de faire. Le malade présente sur le

côté droit un ganglion mobile. M. Butlin est d'avis que mieux vaut donc faire, au-dessous de ce ganglion et englobant celui-ci, une large incision qui permettrait d'arriver à la base de la langue et de l'épiglotte, et pratiquer un examen complet. Il a introduit le doigt jusqu'à l'épiglotte qu'il a trouvée très indurée. La base de la langue l'est aussi, mais pas autant qu'il le croyait, en prenant en considération la tuméfaction visible. Il paraît y avoir peu d'infiltration. Ces cas, pas très rares, de tumeurs malignes de la partie antérieure de l'épiglotte s'étendant à la base de la langue et jusque dans l'épiglotte, il n'a jamais osé les attaquer par une opération, la lésion étant trop profonde et trop étendue.

M. Lambert Lack est également d'avis que le cas n'est pas opérable. Il faudrait enlever non seulement le larynx, mais encore une grande partie de la paroi antérieure du pharynx et la langue, ce qui fait qu'il eût été impossible de fermer la plaie. Dans des cas peu avancés d'épithélioma s'étendant de la langue à l'épiglotte il est quelquefois possible d'enlever le mal sans extirper le larynx, et dans ces cas il a vu obtenir de très bons résultats.

M. Dundas Grant. — **Un cas de sténose nasale chez un homme de quarante-trois ans où les symptômes paraissaient être surtout subjectifs** *(Case of nasal stenosis occuring in a man acted 43 in which the symptome seemed to be chiefly subjective).*

M. le Président dit que le malade lui paraît avoir une gêne inspiratoire objective considérable; en plus de la cloison déviée, l'affaissement des ailes du nez rend l'inspiration très difficile.

M. Pegler a noté un rétrécissement de la lumière du vestibule qui doit encore contribuer à la sténose générale.

M. F. G. Powell croit que les symptômes sont surtout objectifs. Le malade présente autour des narines une ulcération superficielle ayant un aspect spécifique; il conseillerait donc de prescrire au malade un traitement antisyphilitique.

M. H. M. Ramsay. — **Cas d'affection tuberculeuse (?) de l'épiglotte** *(Case of tubercular disease of the epiglottis).*

La malade, jeune fille de dix-neuf ans, trieuse d'enveloppes, se plaint de toux et d'enrouement. Elle affirme s'être bien portée jusqu'il y a huit mois, quand elle constata une altération de sa voix et commença à tousser. L'examen du larynx

montre une tuméfaction et un épaississement prononcés de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques. Il est difficile de voir les cordes, mais elles semblent être très peu affectées et se meuvent librement. La malade n'éprouve aucune douleur. Les poumons sont sains; pas de bacilles tuberculeux dans les crachats.

M. Saint-Clair Thomson pense que, cliniquement, le cas se présente comme un exemple typique de lupus. Il y a une très grande différence entre ce dernier et la tuberculose du larynx au même degré. Puisque la jeune malade n'a rien du côté des poumons, son cas est un des plus favorables à un traitement local et il est parfaitement possible d'en obtenir la guérison. Il a vu récemment un cas où les lésions, aussi avancées que chez cette jeune malade, ont été complètement arrêtées par l'emploi du galvanocautère. S'il rappelle cela, c'est que, au sein de la Société, plusieurs collègues se sont catégoriquement prononcés contre l'emploi du galvano dans le larynx. Le cas auquel il fait allusion était un cas de lupus étendu, ayant envahi non seulement l'épiglotte, mais aussi les replis ary-épiglottiques, et le traitement local au galvanocautère a amené une complète guérison.

M. Butlin, à propos de l'emploi du galvanocautère dans le larynx, rapporte le cas que voici : il s'agissait d'un malade hospitalisé atteint de lupus bien prononcé. Il fit de larges applications du galvanocautère et réussit finalement à obtenir la guérison. Mais une fois, pendant l'application du galvano, le malade faillit mourir, et il serait certainement mort si M. Butlin ne lui avait instantanément pratiqué une trachéotomie. Il en conclut que quiconque veut appliquer le galvano dans le larynx, dans des cas de lupus, doit être préparé à pratiquer cette délicate manipulation.

M. Bond. — **Cas de tuméfaction laryngée** *(Cas of laryngeal swelling).*

Il s'agit d'un enfant de quatorze ans ayant depuis son enfance une singulière voix. Sur le côté gauche, la corde est masquée, surtout en avant, par une tuméfaction rouge, légèrement granuleuse et mobile à la phonation. Parfois on peut voir une petite portion de la base de la corde. A cause de sa voix, le jeune garçon ne peut nulle part trouver du travail.

Trivas.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes *(Atlas des maladies du nez, des cavités accessoires et du naso-pharynx)*, par le Dr P. H. GERBER.

Le huitième et dernier fascicule de la publication du Dr Gerber vient de paraître; il est consacré à l'étude du sclérome de la muqueuse nasale et du naso-pharynx; certaines affections spéciales externes du nez, telles que l'eczéma, la furonculose, l'impétigo, l'acné sous toutes ses formes, le lupus érythémateux, la gangrène, les kéloïdes, la congélation sont fidèlement reproduits et exposés dans cet intéressant fascicule.

Il se termine par les anomalies congénitales telles que la saillie des vertèbres, les divisions du nez, les kystes dermoïdes, etc.; les synéchies intra-nasales ou rétro-nasales, les atrésies des fosses nasales. Viennent enfin la mycose du naso-pharynx et certains types de lésions tertiaires destructives du nez, qui complètent cette intéressante publication dont nous avons déjà eu plusieurs fois occasion de nous occuper dans la *Revue*.

ANALYSES DE THESES

Des corps étrangers des fosses nasales, par le Dr DECOLY.

L'auteur vient de consacrer son travail inaugural à l'étude de cette question de pratique courante. Il divise les corps étrangers du nez en êtres animés et corps inanimés, ces derniers appartenant au règne minéral et au règne végétal, et fait la nomenclature de ceux qu'on observe le plus souvent dans les fosses nasales.

M. Decoly passe ensuite en revue les différentes modifications que subissent les corps étrangers par leur séjour prolongé dans l'intérieur du nez et les réactions qu'ils provoquent à la longue sur la muqueuse et les cornets. Chemin faisant il explique comment se forment les rhinolithes.

L'auteur fait remarquer, avec juste raison, qu'on vient rarement consulter pour un corps étranger introduit de date récente. Certains corps étrangers peuvent séjourner des années entières dans les fosses nasales sans provoquer de phénomènes appréciables; d'autres déterminent assez rapidement une sécrétion anormale, sanieuse, unilatérale avec excoriation de la peau qui environne l'entrée des narines, des épistaxis à répétition, de la fétidité, de l'obstruction plus ou moins complète d'une fosse nasale, parfois des douleurs, dans certains cas des phénomènes réflexes à distance (trijumeau, facial).

Les signes physiques sont variables et en rapport avec la couleur, la forme du corps étranger et les réactions inflammatoires qu'il a provoquées dans la fosse nasale. Ils sont appréciables par la rhinoscopie antérieure et postérieure, avec ou sans cocaïno-adrénalisation de la muqueuse.

Le chapitre du traitement est particulièrement intéressant. Après avoir énuméré les différents procédés mis en usage pour extraire les corps étrangers, signalé leurs avantages et leurs inconvénients, l'auteur termine par la description minutieuse de la méthode qui est employée journellement à la clinique rhino-laryngologique de la Faculté de Bordeaux, et l'exposé de quinze observations inédites recueillies à cette clinique. (Bordeaux, imprimerie du Midi, 1901.)

Dr BRINDEL.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Sérothérapie anti-coquelucheuse, par le Dr NAUVELAERS, de Bruxelles.

L'auteur a obtenu des résultats très favorables avec un sérum fourni par le docteur Leuriaux.

La guérison surviendrait en dix jours environ.

Dans une communication suivante, nous apprenons que les essais continuent, et que le premier cas traité a montré une guérison remarquablement rapide. Aucune autre médi-

cation ne fut employée. Une seule injection de 5 centimètres cubes suffit à enrayer les phénomènes, la seconde n'ayant été faite que pour combattre un peu de toux qui reparaissait au sixième jour. Le bacille tenu comme spécifique avait été recueilli dans les mucosités du fond du pharynx. (Cercle méd. de Bruxelles, 4 oct. et 9 nov. 1901, anal. *in Journ. méd. de Bruxelles,* nos 42 et 47, 17 oct. et 21 nov. 1901.)

Dr A. Capart fils.

Généralités sur les abcès pharyngiens. Observation d'un cas de péri-amygdalite postérieure, par le Dr Parmentier, de Bruxelles.

Un cas, où le pilier postérieur gonflé en forme de boudin projetait la luette en avant, fournit à l'auteur l'occasion de passer en revue les différents abcès amygdaliens et para-amygdaliens. (*Progrès méd. belge,* n° 17, 1er sept. 1901 et *Journ. méd. de Bruxelles,* n° 40, 3 oct. 1901.)

Dr A. Capart fils.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Du traitement de l'empyème maxillaire *(Zur Behandlung der Oberkieferhöhleneit rungen),* par le Dr Sturmann.

Le sinus maxillaire étant tapissé par une muqueuse, il est naturel que son affection la plus fréquente consiste dans un état catarrhal propre à la muqueuse, et que les modifications qu'on y trouve le plus souvent soient de nature catarrhale. Cet état catarrhal peut rester stationnaire pendant des années, ou bien, sous l'influence d'une situation défavorable de l'orifice d'écoulement et de la rétention de la sécrétion qui en résulte, il se produit une inflammation interstitielle chronique des couches profondes de la muqueuse, et consécutivement des hyperplasies et des néoformations. Les processus distinctifs n'ont rien de commun avec le catarrhe et ses conséquences. A part la syphilis et la tuberculose, il faut des troubles de nutrition profonds de l'os tels qu'on peut provoquer la pression exercée par la sécrétion accumulée pour le rendre susceptible à l'action de microorganismes virulents, lors d'une exacerbation aiguë.

Il résulte de ces considérations, qui trouvent leur confirmation dans les résultats fournis par l'autopsie et par l'examen des cavités largement ouvertes, que dans l'énorme majorité des empyèmes maxillaires on trouve de simples modifications catarrhales; dans d'autres, moins nombreux, des hyperplasies et des néoformations, et enfin, dans les cas tout à fait exceptionnels, des ulcérations avec carie ou nécrose. Il est clair que ces différentes formes morbides réclament des procédés thérapeutiques différents. Nos moyens de diagnostic cependant, tout en nous permettant de constater l'existence d'une affection du sinus, ne sont pas de nature à nous permettre d'en préciser la variété. Nous en sommes donc réduits, dans nos interventions thérapeutiques, à nous baser sur des probabilités.

D'après l'opinion générale admise, le catarrhe de la muqueuse réclame des moyens de traitement chimiques, physiques, diététiques, mais pas d'intervention chirurgicale, car les premiers moyens laissent à la muqueuse une partie au moins de sa fonction, tandis qu'une intervention chirurgicale transforme la muqueuse en un tissu cicatriciel incapable d'aucune fonction. Les néoformations et les processus ulcératifs, au contraire, sont, à quelques exceptions près, susceptibles du seul traitement chirurgical. De cette façon, le nombre des cas où l'opération est indiquée se trouve considérablement réduit, et il en résulte, si l'on tient, en outre, compte de l'insuffisance des moyens de diagnostic, que dans tous les cas il faut commencer par les moyens conservatifs.

En adoptant cette manière de voir, on divise tous les cas d'empyème maxillaire en deux grandes catégories : dans ceux de la première, quelques injections suffisent pour obtenir une modification favorable de la sécrétion aussi bien au point de vue de la qualité que de la quantité; dans tous les autres cas, tous les moyens échouent. Si au bout de quatre à six semaines on ne constate aucune amélioration, on peut ouvrir le sinus sans hésitation, sûr d'y trouver des modifications susceptibles du traitement chirurgical seul.

Ainsi donc, tout en tenant compte de l'étiologie, on commencera toujours par de simples injections qu'on pratiquera à travers un orifice fait dans l'alvéole, sous une certaine pression et en quantités assez abondantes. Comme il ne peut être question d'une action antiseptique, il s'agit avant tout de débarrasser le sinus des sécrétions qu'il renferme. L'emploi de la solution physiologique tiède d'eau salée suffit généralement au début. Plus tard, on fera suivre les injections d'applications astringentes en poudre ou en solution. Le traitement sec à lui tout seul n'est pas suffisant dans les suppurations abondantes. On ne doit cesser le traitement que lorsqu'on voit les injections ne faire sortir pendant plusieurs semaines aucune goutte de pus. Pendant ce temps, l'orifice alvéolaire sera fermé à l'aide d'un bouchon.

Le traitement chirurgical doit observer les conditions suivantes : 1° ouverture de la paroi faciale, afin de rendre possible l'inspection directe de la cavité; 2° l'ouverture dôit être aussi large que possible, afin qu'aucune partie de la cavité ne puisse échapper à l'inspection; 3° il doit porter exclusivement sur les parties malades, et il ne faut pas gratter sans choix et au hasard; car plus on enlève de la muqueuse, plus la guérison est longue. L'orifice est maintenu ouvert pendant huit à quinze jours à l'aide de gaze, plus tard à l'aide d'un obturateur qu'on n'enlèvera que lorsque la plaie sera complètement cicatrisée. Le traitement post-opératoire comprend le nettoyage de la cavité, le grattage et, au besoin, la cautérisation des granulations. Les badigeonnages à la teinture d'iode ou avec une solution de nitrate d'argent à 10 0/0 rendront souvent des services. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 9, 1901.) Dr S. JANKELEVITCH.

LARYNX ET TRACHÉE

Papillomes multiples du larynx *(Ueber multiple Larynxpapillome)*, par le Dr MOSES.

Le malade, âgé de onze ans, que l'auteur connaît depuis un an, a déjà été opéré ailleurs par la voie endolaryngée. En l'examinant, au mois de septembre 1900, on trouva

l'espace glottique rempli presque complètement d'excroissances qui provenaient, en partie de la commissure antérieure des cordes vocales, en partie de l'espace sous-glottique, en partie, enfin, des bords internes des cordes vocales; la respiration était modérément gênée, la voix presque éteinte. Le malade étant très obéissant, on réussit à enlever en trois séances toutes les tumeurs dont le volume total était celui de deux grains de café environ; plus tard, on pratiqua, à l'aide de cuillers tranchantes à courbure appropriée, le curettage du siège d'implantation des tumeurs qu'on cautérisa ensuite au galvanocautère.

Sept mois après l'opération, le larynx est libre, la voix claire; à part un léger épaississement non papillomateux de la corde vocale gauche et une inégalité à peine perceptible de la corde droite, l'image laryngoscopique obtenue est normale. Un an après l'opération, il n'y avait pas de récidive.

L'examen microscopique avait montré qu'il s'agissait de papillomes purs.

Il s'agit, en somme, d'un cas qui s'est montré très favorable à l'opération endolaryngée; mais, même dans les cas moins favorables, l'auteur recommande toujours ce procédé, car la thyrotomie ne préserve pas toujours de récidives et a souvent des conséquences très fâcheuses en ce qui concerne la phonation. (*Münch. med. Wochens*,, n° 41, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

Myxome de la corde vocale droite *(Mixoma della corda vocale destra)*, par le Dr J. NARDI.

Après avoir passé en revue toutes les données qui se trouvent consignées dans la littérature et relatives aux myxomes des cordes vocales, l'auteur donne la description d'un cas qui a été observé dans le service de M. Massei, et se livre, ensuite, aux considérations suivantes : Les myxomes des cordes vocales, sans être une affection exceptionnellement rare, constituent, cependant, par rapport aux autres néoplasmes du larynx, un phénomène peu commun. Ceci est vrai en tant qu'il s'agit de myxomes véritables dont la structure a été étudiée et vérifiée sous le mi-

croscope; tandis que si l'on considère comme myxomes les polypes muqueux, c'est-à-dire les tumeurs du type des fibromes œdémateux et dans lesquels la substance propre se trouve infiltrée de mucine mélangée et dissoute en partie dans du sérum de sang, le nombre de myxomes se trouve considérablement augmenté.

Plus que cela, les fibromes kystiques eux-mêmes, les kystes et jusqu'aux angiomes et aux adénomes peuvent en imposer, même si on les examine sous le microscope, pour les myxomes, dont ils simulent souvent l'aspect, la coloration et l'unité de structure.

Les polypes hyperplasiques de la muqueuse laryngée sont eux aussi peu fréquents et s'observent, de préférence, sur les bandes ventriculaires; mais ils n'ont rien de commun avec les myxomes, car ils ne font pour ainsi dire que reproduire la structure de la muqueuse elle-même. (*Bollett. delle malatt. dell' orecchio, etc.,* n° 11, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

OREILLES

Contribution au traitement des otorrhées chroniques par les voies naturelles, par P. S. MINK, de Zwolle (Hollande).

Nombre d'otorrhées sont rebelles à toute thérapeutique : cela tient aux conditions anatomiques de la caisse.

La méthode la plus rationnelle est encore l'utilisation de la trompe d'Eustache comme porte d'entrée pour le traitement, tandis que le conduit externe sert de contre-ouverture.

Néanmoins, l'auteur a renoncé aux lavages de la caisse à travers le cathéter pour faire simplement usage d'un courant d'air. Il pense que ce dernier est préférable au liquide pour nettoyer l'oreille moyenne au moyen du cathéter et que son action mécanique l'emporte aussi bien dans l'extension que dans l'intensité.

Après cocaïnisation de la trompe et de la caisse, on peut attendre le meilleur effet mécanique du courant d'air pour le nettoyage, en se servant du ballon double de Lucae, qui permet d'obtenir un courant d'air continu pen-

dant quelque temps. Ce procédé serait plus simple, plus sûr et moins douloureux que le lavage et le traitement par la canule de Hartmann.

Voici, en résumé, quelle est la méthode :

1° Cocaïnisation (5 0/0) de la voie suivie par le cathéter à l'aide d'un fil de cuivre armé d'ouate;

2° Introduction du cathéter;

3° Cocaïnisation de la trompe (deux à trois gouttes);

4° Cocaïnisation de la caisse après dégonflement de la trompe (deux à trois gouttes);

5° Courant d'air continu (ballon double) pour chasser les sécrétions dans le conduit;

6° Insufflations réitérées de cinq à six gouttes de peroxide d'hydrogène à travers le cathéter;

7° Lavage de l'oreille par le conduit;

8° Courant d'air continu pour assécher la caisse. Asséchement du conduit avec de l'ouate;

9° Insufflation à deux ou trois reprises de cinq à six gouttes de la solution sosoiodolée trichloracétique (1-5 0/0), selon le cas.

Il est plus pratique encore d'ajourner le lavage et le desséchement du conduit jusqu'à la fin, mais alors on s'expose à ce que quelques gouttes de liquide restent dans la caisse, ce qui est à craindre. (*Ann. des maladies de l'oreille,* janvier 1901.)

Dr G. Dupond.

Hygiène de l'oreille, par le Dr C. Hennebert, de Bruxelles.

L'article s'adresse au médecin non spécialiste pour lui indiquer les mesures qu'il devra préconiser pour éviter l'apparition des phénomènes morbides du côté de l'oreille. L'importance des données prophylactiques découle de l'impuissance fréquente de la thérapeutique au point de vue fonctionnel ainsi que de la déchéance profonde qui frappe le sourd, surtout dans le jeune âge. L'auteur s'inspire des conseils de Lermoyez tant pour les précautions à l'état physiologique, que pour les opérations préventives dans le cas de lésions nasales prédisposantes.

Dans les maladies infectieuses, si l'oreille devient malade, le secours de l'otologiste est indispensable.

Certains médicaments, tels la quinine et le salicylate de soude, exigent une attention spéciale au point de vue de l'intégrité de l'ouïe. Enfin, l'auteur met en garde les porteurs de perforations tympaniques, et ils sont nombreux, contre l'usage des bains de natation. L'eau froide souillée fait renaître la suppuration ou cause un vertige qui peut être fatal. Il préconise, pendant le bain, l'usage de tampons d'ouate huilée ou de cire molle. (*La Clinique,* 5 oct. 1901.)

Dr A. Capart fils.

Accidents nerveux consécutifs à la suppression d'une otite. Trépanation de l'apophyse mastoïde.

M. Lepine présente un malade atteint de crises épileptiformes extrêmement fréquentes ayant apparu deux mois après la suppression d'une ottorhée. L'examen de l'oreille montre du pus dans la caisse; l'apophyse est indolore; pas de fièvre. La trépanation est pratiquée par M. Jaboulay, qui trouve l'apophyse éburnée sans trace de pus. Le malade a retiré un certain bénéfice de l'opération puisqu'il n'a plus que deux crises en trois jours. (Soc. de méd. de Lyon, séance du 11 nov. 1901, *in Lyon méd.,* nov. 1901.)

Dr G. Dupond.

Un cas d'abcès du lobe temporal consécutif à une otorrhée chronique et guéri par l'opération *(Ein durch Operation geheilter Fall von Gehirnabscessem Schlafenlaphen nach chronischer Mittelohreiterung)*, par le Dr Holscher.

Le malade, âgé de dix-huit ans, était atteint d'une otorrhée chronique dont la cause ni la durée n'ont pu être déterminées. Six mois auparavant, il eut une hémorragie de l'oreille droite, et c'est alors seulement qu'on s'aperçut de l'existence de l'otorrhée. Depuis cinq jours, le malade souffre de douleurs occipitales et frontales et dit avoir eu la fièvre et des frissons. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, son médecin ordinaire lui enleva un polype de l'oreille droite. La veille de son entrée, il a eu des vomissements, de la fièvre, des maux de tête violents et du vertige. Au moment de son entrée, sa température est de 38° 5, le pouls bat 114 à la minute. L'oreille est remplie de pus

fétide, mais la proéminence de la paroi postérieure du conduit auditif rend l'inspection impossible. Les pupilles sont égales et réagissent bien; pas de nystagmus. L'apophyse mastoïde ne présente rien d'anormal. Dans le courant de l'après-midi du même jour, l'état s'aggrave, les douleurs frontales augmentent d'intensité, et il survient, en outre, des douleurs et une rigidité de la nuque. La température monte, le nombre des pulsations diminue, le pouls devient dur et tendu. Le même phénomène se constate aussi au niveau des vaisseaux du cou. Il était évident qu'on se trouvait en présence d'une complication intra-cranienne, mais le diagnostic précis en était impossible. Croyant à une localisation au niveau de la base, on résolut d'opérer. On trouva un cholestéatome volumineux, mais dont les dimensions considérables ne suffisaient pas à expliquer les phénomènes dont il s'agissait; il n'existait pas de fistule ayant son point de départ dans le cholestéatome, et les petites surfaces mises à nu du sinus et de la dure-mère paraissaient normales. Ne voulant pas continuer l'opération au hasard, on prit le parti de s'arrêter là et d'attendre.

L'opération n'eut pour résultat que la disparition des douleurs de la nuque; mais tous les autres symptômes ne subirent aucune modification, aucune atténuation. Pendant les quatre jours suivants, l'état ne faisait, au contraire, que s'aggraver, il survint du nystagmus à gauche; les douleurs de la nuque reparurent, le pouls se ralentit davantage. Le fond de l'œil était cependant normal. Une complication intra-cranienne paraissait cette fois incontestable, mais l'absence de tout symptôme de foyer n'en permettait toujours pas de déterminer la localisation. Cependant l'état normal du fond de l'œil et la persistance des douleurs occipitales rendaient probable une localisation dans la fosse cérébrale postérieure. Mais, comme le malade souffrait en même temps de douleurs d'yeux, la localisation de la suppuration dans la fosse cérébrale moyenne ou dans le lobe temporal paraissait tout aussi probable.

On se proposa alors d'ouvrir d'abord la fosse postérieure en faisant sauter la paroi postérieure du rocher, et, en cas

de résultat négatif (abcès extra-dural ou abcès cérébelleux), d'ouvrir la fosse moyenne et le lobe temporal.

En enlevant les tampons laissés après la première opération, on trouva, au niveau de la voûte de la caisse, une fistule, à travers laquelle sortait une grande quantité de pus fétide, et la sonde pénétrait dans une large cavité. Cette fois tous les doutes furent levés : il s'agissait d'un abcès de la fosse cérébrale moyenne, probablement du lobe temporal. La seule difficulté qui se présentait consistait en ceci, que l'abcès paraissait s'étendre vers l'intérieur, de sorte que, pour l'ouvrir, il aurait fallu traverser une couche assez épaisse de substance cérébrale saine. On ouvrit alors l'abcès par la base où l'écorce cérébrale paraissait ramollie et en partie nécrosée. Dès que l'abcès fut vidé et la compression cérébrale diminuée, le pouls subit une accélération énorme : de 60 il monta immédiatement à 150 pulsations, pour redescendre ensuite lentement à 100. Cependant, comme, pour éviter une hernie cérébrale, l'ouverture osseuse n'avait pas été faite assez large, il en résulta une rétention partielle du pus. On agrandit alors l'ouverture, et immédiatement toutes les douleurs disparurent, et le malade fut soulagé définitivement. La substance cérébrale vint faire saillie dans l'ouverture de la plaie, et une partie même finit par se nécroser. Cette partie nécrosée ne tarda pas à s'éliminer, et on ne voyait plus qu'une surface très peu saillante, en bonne voie de granulation. La partie prolabée du cerveau était insensible, et le tamponnement de la cavité de l'abcès n'occasionnait que des douleurs très légères au niveau du front. Onze jours après cette deuxième opération, le malade allait tellement bien qu'il put se lever. Deux mois plus tard, il était complètement guéri. (*Munch. med. Wochens.*, n° 40, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

ment du lupus par le permanganate de potassium, ÜTTE et HALLOPEAU.

tte a employé la solution de permanganate de potas- 1/50 dans des cas de lupus très étendus où la érapie était insuffisante : il s'en est servi exclusive- compresses appliquées durant un quart d'heure parties malades préalablement lavées. Dans ces ns, il aurait toujours obtenu la guérison.

llopeau a essayé cette méthode chez 25 malades. Il até que les lupus ulcéreux se cicatrisent constam- bout de quelques semaines ou de quelques mois, leur étendue. Par contre, dans les lupus non ulcé- a obtenu des insuccès presque constants. En résu- ermanganate agit avec plus de rapidité que toute éthode chaque fois qu'il s'agit d'un lupus trop our être justiciable de la photothérapie. Cette der- éthode seule peut exercer une action efficace dans où il n'y a plus ni ulcérations ni nodosités saillan- d. de méd., 22 octobre 1901, *in Bull. méd.*, n° 85, .)

Dr E. ARDENNE.

étranger de l'œsophage, par le Dr LECLERCQ DENEUR,

ne enfant de cinq ans, la radiographie montre, au e la première vertèbre dorsale, une pièce de 2 cen-. glutie trois semaines auparavant. L'impossibilité des solides est absolue, les liquides passent diffi- Amaigrissement et anémie prononcés.

ps étranger est retiré facilement au moyen de l de De Graefe.

pelant quatre cas semblables, où le point d'arrêt enfants se trouvait au niveau de la première dor- teur se demande si ce point de l'œosphage ne cor- pas au rétrécissement qui siège chez l'adulte au e la quatrième dorsale. (*La Clinique*, 12 oct. 1901.)

Dr A. CAPART fils.

Coulommiers — Imp. G. GOUSSEAU, rue Gallande, 11.

23e ANNÉE. N° 3. 18 JANVIER 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

LA TUBERCULOSE DU LARYNX DANS L'ENFANCE[1]

Par le Dr **Maurice PERRIN**, ancien interne des hôpitaux de Nancy.

Le larynx des enfants est moins fréquemment atteint par la tuberculose que celui des adultes, et chez eux il paraît y avoir une certaine disproportion entre le nombre absolu des lésions anatomiques et celui de leurs manifestations cliniques. C'est pourquoi il m'a paru intéressant, à l'occasion de deux cas observés dans le service de M. le professeur agrégé Haushalter, à l'Hôpital civil de Nancy, de réunir les cas existant dans la littérature médicale et de faire une étude d'ensemble de la tuberculose du larynx chez les enfants.

Historique.

La plupart des ouvrages sur les maladies de l'enfance n'ont fait longtemps aucune mention de l'affection qui nous occupe, non plus que les traités spéciaux de laryngologie, et cette lacune existe encore dans quelques ouvrages récents.

Les premiers cas mentionnés sont, à ma connaissance, ceux de Trousseau et Belloc (1837) : c'est à propos d'un garçon de douze ans et d'une fillette de six ans qu'ils signalent la rareté de la laryngite tuberculeuse avant la puberté

1. Prix Heydenreich-Parisot de la Faculté de Nancy, 1901.

comme chez les vieillards; Rilliet et Barthez signalèrent seize cas d'ulcérations laryngées et firent une étude d'ensemble de la question; des observations isolées et des statistiques furent publiées, dont on trouve le consciencieux relevé en même temps qu'une observation inédite très détaillée dans un travail de Rheindorff (1891) signalé en France l'année suivante par Plicque. Comme le dit celui-ci, l'auteur allemand n'a pu réunir que vingt observations, mais en outre il fait mention d'un grand nombre de cas se rapportant à des enfants de différents âges.

Brindel (1900) dans une étude d'ensemble, à propos de trois observations personnelles, ne signale comme nouveaux cas publiés que ceux de Ruault et de J. Horne.

Dans l'énumération ci-dessous, où je mentionne tous les cas connus jusqu'à ce jour, je signale en outre : une observation de M. le professeur P. Simon (*Ann. de la Clin. des mal. de l'enfance,* Nancy, 1893, p. 22), une observation publiée par M. Haushalter dans la *Revue médicale de l'Est* (1897) et résumée l'année suivante dans la thèse de Mutelet; un cas de J. Bar (de Nice) (*De la laryngite œdémateuse chez les enfants,* obs. III, Soc. fr. d'otol., etc., 1896), et des cas de Boulay, de Catti, de Lake, de Kayser et de Kiaer. Enfin j'apporte *deux cas nouveaux* observés dans le service de M. le professeur agrégé Haushalter, l'un vérifié à l'autopsie, l'autre étudié au point de vue laryngoscopique par M. le professeur agrégé Jacques.

Trousseau et Belloc (1837). — Garçon, douze ans; début assez brusque; mort dans l'hecticité un mois après le début.

Fille, six ans; lymphatique, amaigrissement, asphyxie progressive ayant motivé une trachéotomie après laquelle survint lentement une amélioration telle que l'enfant fut considérée comme guérie.

Neumann (1847). — 4 cas (garçons de dix et onze ans) d'ulcérations laryngées avec tuberculose des poumons et des ganglions trachéobronchiques.

Rheiner (1853) (cité par Morell Mackenzie). — Un garçon de quatre ans.

RILLIET et BARTHEZ (1861). — Étude d'ensemble. — Observation de Tonnelé : fille, quatorze ans; complication d'une tuberculose pulmonaire chronique; accès de suffocation par œdème. Mort. Quelques tubercules et ulcérations du larynx. — Description du larynx dans un cas personnel. — Statistique du nombre et de la situation des ulcérations de 16 cas. (Mêmes cas dans Barthez et Sanné, 1891.)

STEINER et NEUREUTHER (1865). — Laryngite : 16 fois sur 303 enfants tuberculeux (pas d'indication précise d'âge).

REIMER (1876). — 500 autopsies : 151 tuberculeux dont 15 cas de laryngite (8 fois granulations, 7 fois ulcérations) chez enfants de trois à quatorze ans.

STEFFEN. — Tuberculose laryngée : 3 fois sur 79 cas. (Cité par Rheindorff d'après Biedert.)

RAUCHFUSS (1878). — Cite Rilliet et Barthez; pas de cas nouveaux.

MORITZ SCHMITT. — A l'hôpital des enfants de Francfort : aucun cas en dix ans. A observé une fille de onze ans.

HEINZE (1879). — 6 enfants : 2 garçons de quatorze ans; garçon, treize ans; garçon, onze ans; fille, cinq ans; fille, quatre ans. 3 poupons : garçon, onze mois (ulcérations du larynx; tuberculose de l'encéphale, des os, des poumons); fille, douze mois (ulcération laryngée avec tuberculose des ganglions, d'une vertèbre, granulie); garçon, seize mois (ulcération laryngée, tuberculose diffuse).

MORELL MACKENZIE (1882). — Sur 500 tuberculoses laryngées nettes au laryngoscope : 1 fille au-dessous de quinze ans; — Sur 100 autopsies, 5 cas : 1 garçon de cinq à dix ans; 3 garçons, 1 fille, entre dix et quinze ans. — A observé en outre 3 cas entre cinq et dix ans; 4 entre dix et quinze ans.

DEMME (1882). — A l'hôpital des enfants de Berne, sur 36,148 malades, 7 cas (4 garçons de quatre à huit ans; 3 filles de deux ans et demi, quatre et douze ans) de laryngite ayant compliqué la phtisie pulmonaire quelques semaines avant la mort.

DEMME (1883) (cité par Lennox Browne). — 1 garçon, quatre ans et demi : tuberculose laryngée (ulcération interaryténoïdienne s'étendant un peu sur corde vocale droite), avec intégrité des poumons. Porte d'entrée : plaie d'amygdalotomie; adénopathie consécutive; enrouement; méningite terminale.

FRŒBELIUS (1883). — Aux « Enfants abandonnés » de Saint-Pétersbourg, en dix ans : sur 16,581 autopsies de poupons, il y avait 416 tuberculeux (soit 2,5 o/o) sur lesquels 10 avaient des ulcérations laryngées, soit 2,4 o/o des tuberculeux autopsiés.

Lublinsky (1887). — Signale la rareté dans la première décade de la vie. Son malade le plus jeune avait cinq ans.

Observation de Morel-Lavallée : garçon, douze ans; pas d'autopsie.

Observation de Lennox Browne : garçon, cinq ans; granulations laryngées consécutives à la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques.

Mention d'un cas de Santevord : enfant de trente et un mois.

Parrot (Leroux) (1890). — Sur 219 observations de tuberculose on diagnostiqua 19 fois des ulcérations laryngées, et l'autopsie, dans 6 des cas, permit de vérifier le diagnostic.

Rheindorff (1891). — Cite la plupart des cas ci-dessus. — Étude d'ensemble. — Observation : fille ayant eu à un mois et demi une pseudo-paralysie ayant cédé au traitement mercuriel; à six mois, dépérissement, toux; à sept mois et demi, enrouement non influencé par Hg, puis diarrhée; pas de signes pulmonaires nets avant l'âge de onze mois où on constate l'induration d'un sommet. Mort à treize mois. Autopsie : tuberculose généralisée de tous les viscères; vaste ulcération ayant détruit les cordes vocales droites inférieures et supérieures; une plus petite au-dessous; deux petites érosions sur la corde vocale gauche.

Ruault (1893). — Fille, treize ans. Infiltration tuberculeuse du larynx déjà très avancée avant que l'auscultation eût fait reconnaître les lésions pulmonaires auxquelles elle succombe ensuite très rapidement.

Fille, douze ans (service de M. Grancher). Simple mention.

Simon (de Nancy) (1893). — Garçon de onze ans. Depuis six mois, dysphagie pénible et aphonie presque complète. A l'examen du pharynx, le pilier postérieur gauche est détruit ainsi qu'une partie de l'amygdale correspondante, la luette projetée en avant adhère au pilier antérieur gauche; à la partie postérieure du pharynx il existe une ulcération de la dimension d'une amande, à bords boursouflés, et dont le fond est recouvert d'un enduit sanieux grisâtre. L'orifice supérieur du larynx est tuméfié, les cordes vocales ont conservé leur mobilité, mais la gauche est déchiquetée et ulcérée. Aucun antécédent syphilitique Le malade, traité pendant quinze jours par des applications d'acide lactique, quitte l'hôpital amélioré et est perdu de vue.

Catti (1894). — Type pharyngo-laryngé de tuberculose miliaire aiguë (accès de suffocation, auscultation négative) : 2 cas confirmés par autopsie.

Bar (1896). — Fille, onze ans. Coqueluche à sept ans; reste lan-

guissante; à dix ans, 2 attaques de laryngite striduleuse (?), puis amaigrissement, trois mois avant la mort : sueurs, toux rauque et voilée; fièvre, cornage, douleur, aphonie. Suffocation (œdème du côté gauche du larynx), amélioration passagère par traitement. Asphyxie progressive, nouveaux accès, trachéotomie refusée, mort. Périchondrite tuberculeuse de la partie postérieure du cricoïde avec fistule au-dessus de la corde vocale gauche, œdème sus et sous-glottique.

Haushalter (1897). — Fille de neuf ans. Premiers symptômes de laryngite dix-neuf mois avant : signes brusques d'œdème de la glotte; trachéotomie; ablation de la canule au bout de trois mois; aphonie jusqu'à la mort, qui survint par broncho-pneumonie vulgaire. Pas de tuberculose pulmonaire; adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, ostéite du tibia, tubercules du foie. L'épiglotte est percée à son centre d'un orifice de la largeur d'une lentille, à bords amincis (la position couchée de l'épiglotte ne permet pas de le voir sur la figure 1). Les cordes vocales ont disparu et sont remplacées par des tractus fibreux; les replis aryténo-épiglottiques sont creusés de petites ulcérations superficielles.

Boulay (1897). — Huit et douze ans, laryngite consécutive à angine tuberculeuse à marche rapide.

Lake (1898). — Laryngite tuberculeuse chez un enfant de six ans (sténose sous-glottique avec ulcération destructive. Mort en neuf semaines).

Horne (J.) (1900). — Enfant de douze mois. Excroissance tuberculeuse du côté droit de la région interaryténoïdienne se projetant dans la glotte; infiltration de la paroi postérieure du ventricule gauche.

Brindel (1900). — 1° Garçon, huit ans et demi (observation déjà publiée en partie en 1896). Début par symptômes typhoïdes, tuberculose ulcéreuse de l'amygdale, de la langue et du larynx avec intégrité apparente des poumons; suppuration des ganglions cervicaux, dysphagie, gêne respiratoire. Au laryngoscope : tuméfaction aryténoïdienne avec ulcérations sur les aryténoïdes et les cordes vocales.

2° Garçon, treize ans. Bronchite, enrouement puis aphonie, toux et amaigrissement. Au laryngoscope : ulcération fongueuse le long de la corde vocale gauche, une autre petite à la face interne de l'aryténoïde droit qui est tuméfié. Mort, après vingt et un mois de maladie, par phtisie pulmonaire.

3° Garçon, treize ans et demi. Bronchite, enrouement puis aphonie avec signes d'induration pulmonaire. Au laryngoscope : œdème chronique des aryténoïdes, de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques, des cordes vocales; ulcérations multiples.

Dyspnée croissante, trachéotomie. Mort après 18 mois de maladie. Cavernes pulmonaires.

KAYSER (1901). — 1 cas.
KIAER (1901). — 1 cas (cinq ans).

} Je n'ai pu me procurer ces deux travaux.

Tel est (en y ajoutant mes observations I et II) le bilan actuel des cas de tuberculose du larynx dans l'enfance existant dans la littérature médicale. Un certain nombre se réduisent à quelques lignes, parfois même à un chiffre dans une statistique. Même en considérant que beaucoup de faits échappent à la connaissance du public, il est certain que si cette affection, comme le fait remarquer Rheindorff, est moins rare qu'on pourrait le croire au premier abord, elle est néanmoins proportionnellement bien moins fréquente que chez l'adulte.

Observations inédites.

(*Service de M. le professeur agrégé* HAUSHALTER.)

OBSERVATION I. — *Antécédents familiaux* : Père, trente-sept ans, manœuvre; mère, trente ans; tous deux bien portants. Trois enfants morts (quatre mois et demi : fluxion de poitrine; trois mois : gastro-entérite; vingt-sept mois : hernie étranglée). Quatre enfants vivants, les trois autres bien portants. Aucune tuberculose familiale.

Antécédents personnels: Élevé au sein jusqu'à l'âge de quinze mois, mais sans régularité, et prenait d'autres aliments. Étant petit, avait diarrhée et gros ventre. Rougeole à trois mois. A sept mois, bronchite ayant duré deux mois, toussait tous les hivers. — En novembre 1899 : toux plus grande, céphalée, fièvre, deux vomissements, légère constipation; fut soigné à l'hôpital où on diagnostiqua fébricule. — En décembre 1899 : un ganglion sous-maxillaire suppuré fut ouvert à l'hôpital. — En février 1900 : angine pour laquelle le malade fut isolé pendant huit jours au service des contagieux. Depuis ce moment, la toux et l'expectoration seraient devenues fréquentes, surtout la nuit; l'appétit a diminué.

État actuel: Alfred J... entre à l'hôpital le 17 mars 1900. Il est âgé de *huit ans*. C'est un enfant malingre, à peau squameuse et sèche. Thorax rachitique. Apyrexie.

Chapelet de ganglions cervicaux. Le long du sterno-mastoïdien gauche, à la partie supérieure, se trouve une fistulette à contours

Fig. 1 (grandeur naturelle). — Tuberculose ulcéreuse du larynx terminée par sclérose chez une fille de neuf ans. (Observation de M. Haushalter. 1897.)

Fig. 2 (grandeur naturelle). — Tuberculose ulcéro-végétante du larynx dans un cas de tuberculose généralisée subaiguë. (Garçon de huit ans de mon observation I.)

D'après des photographies de la collection de MM. Haushalter et Louis Spillmann : *Lésions tuberculeuses des divers organes dans l'enfance*, photographies présentées au Congrès de Londres, 1901.

bleuâtres ; sous le menton, tâche bleuâtre au niveau de laquelle la peau est infiltrée et ressemblant à une gomme flétrie ; même aspect à la région moyenne du sterno-mastoïdien.

La voix est rauque ; à l'auscultation on perçoit du souffle interscapulaire se propageant dans les fosses sus et sous-épineuses droites. L'enfant a trois selles diarrhéiques par jour. Il mange à peine. Toux fréquente, aboyante ou éteinte par moments. Expectoration muco-purulente abondante. — Traitement : hypophosphite de chaux, somatose, bismuth, cravate, pulvérisations.

22 mars. — Les selles commencent à se mouler. L'examen des crachats sur lamelles dénote la présence de nombreux bacilles de Koch que l'on est tenté de croire d'origine laryngée, vu l'absence de signes de ramollissement pulmonaire. Fièvre.

31 mars — La cachexie a augmenté notablement ; l'enfant devient d'une maigreur squelettique. Il n'a plus de diarrhée. La toux reste la même. Expectoration très abondante.

Il s'éteint le 10 avril.

Autopsie. — *Poumon droit* : adhérences pleurales, infiltration du lobe supérieur par des granulations confluentes déjà jaunes ; au sommet, une caverne ; tractus scléreux.

Poumon gauche : granulations à la surface de la plèvre sans adhérences ; poumon œdémateux congestionné avec quelques granulations grises. A la partie latérale droite de la trachée, au-dessus de la bronche : *ganglion* volumineux caséeux.

Foie : rien d'anormal.

Rate assez volumineuse, périsplénite.

Intestin et *péritoine* : ganglions mésentériques transformés en une masse lobulée grosse comme le poing avec quelques granulations à la surface du péritoine ; le cæcum et la terminaison de l'intestin grêle sont adhérents à la masse, de même que la vessie et les anses intestinales voisines. On provoque des déchirures en cherchant à séparer l'intestin. A l'ouverture de celui-ci : nombreuses ulcérations avec semis de granulations.

Rein : parenchyme d'aspect normal ; quelques tubercules à la surface.

Les ganglions du cou sont également caséeux ; l'un d'eux, ramolli, correspond à la fistule extérieure.

Le *larynx* (figure 2), dans toute sa hauteur, surtout au niveau des cordes vocales et du vestibule, présente une muqueuse en général irrégulière, épaissie, bourgeonnante, avec ulcérations ; l'épiglotte, dévoré surtout sur son bord droit par une ulceration, est réduit à une languette triangulaire.

Obs. II. — *Antécédents familiaux :* Alice H..., âgée de six ans et demi, appartient à une famille d'arthritiques dans les antécédents de laquelle on ne rencontre *aucun tuberculeux*. Grands-parents bien portants. Père âgé de trente-cinq ans, employé de bureau, bien portant, ainsi que la mère, âgée de trente et un ans.

Deux enfants : l'autre est morte il y a un mois (janvier 1901), à l'âge de quatre ans, de tuberculose pulmonaire à évolution rapide suivie de méningite. Cette enfant avait eu jusqu'à l'âge de deux ans de l'eczéma de la face, des « croûtes de lait » et des abcès multiples de la peau.

La famille habite la maison depuis le mois de juillet 1899 et le rez-de-chaussée depuis mars 1900. *Au premier étage habitait* depuis deux ans un garçon de café, toujours souffrant, qui mourut *tuberculeux* en juillet dernier; sa femme, de bonne santé apparente, tousse continuellement; ils avaient perdu un enfant âgé de deux mois et un autre de quatorze mois; un troisième est âgé de trois mois actuellement. Ce malade venait souvent voir ses voisins du rez-de-chaussée, mangeait chez eux de temps en temps : alors il crachait dans son mouchoir, mais de sa fenêtre il crachait sur le sable d'un petit jardin, sable qui servait aux jeux des enfants H... Cela se produisit surtout en juin et juillet 1900.

Antécédents personnels : Alice H... n'avait pas été malade dans sa première enfance. Rougeole en décembre 1900.

La *maladie actuelle* a debuté au mois de janvier 1901 par de la fièvre et de l'enrouement. Au commencement de février survint de la douleur s'accentuant de jour en jour; le 15, elle eut un accès de suffocation tel que ses parents crurent qu'elle allait succomber; il fut suivi de plusieurs autres. Elle a un peu maigri, ne s'est pas alitée.

On présente l'enfant à M. le professeur agrégé Jacques le *21 février*. Elle se plaint de *douleur* pongitive, de brûlure dans la région hyoïdienne et thyroïdienne avec lancées très pénibles, dans les oreilles particulièrement, au moment de la déglutition. Depuis quelques jours elle n'avale plus qu'avec une extrême difficulté; les aliments liquides sont déglutis « de travers »; la *dysphagie* est à la fois mécanique et douloureuse. Il existe une salivation très accentuée. La respiration est gênée, bruyante; les *accès de suffocation* font craindre que la trachéotomie ne devienne nécessaire. A l'inspection de la bouche, on remarque que le voile du palais et l'isthme pharyngien sont rougis, épaissis, recouverts d'un enduit épithélial trouble. Grande hyperesthésie du pharynx, qui met obstacle à la laryngoscopie. L'*épiglotte* est très épaissie,

enroulée en turban et couchée; ses deux bords s'accolent presque, en ne laissant qu'une fente insuffisante pour l'inspection des cordes vocales. La paroi postérieure, seule visible, est, comme l'épiglotte, infiltrée, rougie, d'aspect velouté. La *voix* est presque complètement *éteinte ou rauque*. L'enfant fait continuellement des efforts de déglutition qui s'accompagnent de contraction faciale. Des mucosités très abondantes, grisâtres, diluées par la salive, encombrent l'entonnoir pharyngo-laryngien. L'état général est encore bon quoique l'enfant ait maigri un peu.

En raison des accès de suffocation, M. Jacques envoie l'enfant dans le service de M. Haushalter. Le soir de son entrée (23 février) elle eut un accès d'étouffement avec tirage, bruit laryngé, portait la main à sa gorge. On institue un traitement médical. Température : 39°. Aphonie. Toux rauque, un peu étouffée, par moments aboyante, grasse. Expectoration séreuse abondante avec quelques filaments muco-purulents. La déglutition est plus facile. Le thorax est bien conformé, sans aplatissement des creux sus et sous-claviculaires. En avant, la sonorité est normale à gauche, plus brève, moins ample sous la clavicule droite; la respiration est normale, sauf sous la clavicule droite, où l'inspiration est renforcée et l'expiration renforcée légèrement soufflée. En arrière, la sonorité est normale dans les fosses sus et sous-épineuses et les bases; le son est plus bref dans la fosse interscapulaire du côté droit. La respiration est soufflante dans les fosses sus et sous-épineuses, et surtout à droite au niveau du hile; elle est affaiblie aux deux bases.

28 février. — La fièvre est tombée; l'enfant, qui n'a plus eu d'accès de suffocation, respire mieux, souffre moins, et peut causer. — On essaie de lui donner du cacodylate de soude : ce médicament provoque chez elle une éruption ortiée prurigineuse de la face, des joues, du front. On cesse le cacodylate. Légère desquamation de la face.

11 mars. — Mêmes signes stéthoscopiques. M. Jacques constate au laryngoscope une atténuation très marquée de toutes les lésions; il ne reste qu'un peu d'infiltration diffuse, l'épiglotte a repris son aspect presque normal, le bord libre des cordes vocales est à peine rosé.

L'enfant, sortie de l'hôpital le 14 mars, va à la campagne. Nous l'avons revue le *24 mai*. Elle a engraissé beaucoup, les joues sont bien remplies. La voix est peu nuancée, mais il n'y a pas d'enrouement, sauf quand le temps est froid ou humide. Aucune douleur, appétit excellent, parfaite santé. La sonorité reste diminuée sous la clavicule droite avec inspiration rude, expiration légèrement

soufflée et résonance légère de la voix. Il existe dans la région interscapulaire du souffle net qui se propage dans la fosse sus-épineuse droite.

Examen laryngoscopique: l'épiglotte est couchée, normale. La muqueuse du larynx a repris son aspect normal; les cordes vocales sont saines; la région aryténoïdienne gauche est encore un peu épaissie, sans changement de coloration.

Alice H... est revenue à Nancy le 2 octobre 1901 : elle est très grasse, a augmenté de 3 kilos depuis la dernière visite. Sa santé est excellente (sauf un rhume banal ces jours derniers). Sonorité pulmonaire normale; souffle interscapulaire peu net se propageant dans le sommet droit. Le larynx est absolument normal. La voix est nette sans enrouement.

MM. Haushalter et Jacques ont revu l'enfant au milieu de *novembre :* son état est excellent; aucun trouble fonctionnel; larynx sain; pas de signes nets à l'auscultation. On peut donc actuellement la considérer comme absolument guérie.

Fréquence. Étiologie.

La tuberculose du larynx, fréquente surtout entre vingt et quarante ans, décroîtrait avec l'âge dans l'adolescence, dans l'enfance, pour devenir particulièrement rare dans les premières années de la vie. Sur les 16 enfants de Rillict et Barthez, le quart seulement avait moins de sept ans, et aucun n'avait moins de trois ans. Parmi les cas relevés par Rheindorff il n'y a, se rapportant à la première enfance, que son cas (treize mois), ceux de Heinze (onze, douze et quinze mois), de Frœbelius (10 cas d'ulcérations au-dessous de deux ans), et ceux de Parrot : c'est relativement peu. Morell Mackenzie, sur 500 cas de phtisie observés pendant la vie, a noté la laryngite : au-dessous de quinze ans, chez 1 fille; entre quinze et vingt ans, chez 13 garçons et 21 filles; entre vingt et trente ans, chez 149 hommes et 45 femmes, etc. (*Traité pratique des mal. du larynx,* traduction, page 501, tableau A). Sur 100 autopsies (tableau B) il a trouvé le larynx intéressé : entre cinq et dix ans : chez 1 garçon; entre dix

et quinze : chez 3 garçons et 1 fille; entre quinze et vingt : chez 11 garçons et 5 filles; entre vingt et trente : chez 31 garçons et 11 filles, etc. Heinze, dans une statistique (1879) portant sur 1,226 *autopsies* de phtisiques a trouvé :

	Phtisie pulm.	Ulcérat. laryng.
Au-dessous de 1 an. . . .	13 fois	1 fois
De 1 à 10 ans.	39 —	4 —
De 11 à 20 ans	92 —	23 —
De 21 à 30 ans	406 —	130 — etc.

soit, au total, sur 1,226 phtisiques, 376 affections du larynx (30,6 o/o) dont le pourcentage se décompose ainsi :

Au-dessous de 1 an	7,6 o/o
De 1 à 20 ans.	10,2 o/o
De 11 à 20 ans	25 o/o

Dans le service de M. Haushalter où, chez des enfants au-dessous de douze ans, la tuberculose fournit 12,5 des entrants et 27,2 o/o des décès (Claus, Thèse de Nancy, 1901), on a recueilli, depuis 1893 jusqu'à ce jour, 325 observations de tuberculeux. Les complications laryngées n'ont été observées que chez les enfants de neuf ans, huit ans et six ans et demi, signalés plus haut; je dois ajouter, pour être exact, qu'une fille de douze ans, porteuse de cavernes au cours d'une tuberculose évoluant comme celle des adultes, est venue mourir récemment au service, présentant une voix rauque et éteinte, sans dysphagie nette : il n'a pas été possible de faire l'examen laryngoscopique ni de pratiquer l'autopsie. Donc, *cliniquement,* nos tuberculeux ont eu de la laryngite dans la proportion de 0,91 à 1,2 o/o.

Si l'on essaie de confronter toutes les statistiques, on remarque que, d'après les auteurs, les ulcérations laryngées seraient plus fréquentes que leurs manifestations cliniques. Elles existeraient à l'état latent dans la moitié environ des cas (Barthez et Sanné). Malheureusement, des chiffres seuls

ne permettent pas toujours de discuter l'exactitude des faits, et les cas d'ulcérations sans symptômes cliniques demanderaient, à défaut de ceux-ci, pour confirmer leur nature spécifique, une description détaillée ou bien le contrôle bactériologique ou histologique qui a manqué à beaucoup d'entre elles, surtout aux plus anciennes. Malgré cela, il semble qu'il puisse y avoir des cas d'ulcérations laryngées sans manifestations cliniques.

Quoi qu'il en soit, la tuberculose du larynx est, proportionnellement aux autres localisations de la maladie comme en nombre absolu, d'autant plus rare que l'enfant est plus jeune. A quoi tient cette *rareté?*

Il est certain que les causes en sont multiples. La plus importante est peut-être que « la tuberculose affecte souvent la *forme généralisée* à cet âge et que cette forme tue le malade avant la production d'ulcérations laryngées; de plus, la granulie ne s'accompagnant guère de sécrétions bronchiques, les chances d'infection du larynx au passage de celles-ci sont moindres ». Cette phrase de Boulay résume bien une opinion que tous partagent.

Une autre raison, importante aussi, est que l'enfant, de par son âge, évite ordinairement la plupart des *causes occasionnelles* qui prédisposent le larynx de l'adulte à la localisation tuberculeuse: excès de voix, tabac, poussières et gaz irritants, refroidissements, laryngopathies antérieures.

Comme le font remarquer Barthez et Sanné, il peut arriver aussi que la laryngite *échappe à l'examen clinique* parce que ses symptômes, peu marqués parfois, ne font leur apparition dans la majorité des cas qu'à une époque où ils peuvent s'effacer devant l'importance des symptômes généraux.

Krishaber et Peter donnent une autre raison : « Nous serions, disent-ils, prêts à attribuer cette immunité, d'une part, à ce que la phtisie pulmonaire a une marche le plus souvent rapide à cet âge, et, d'autre part, quand la phtisie a une marche chronique, à ce que dans l'enfance le larynx

ıne *vitalité relativement moindre* qu'à la puberté. »
ette dernière raison qu'ils attribuent également ce
sse pour les femmes, dont la laryngite tuberculeuse
›int de vue de la fréquence, par rapport à celle des
comme 2 est à 3 : « Les femmes tuberculeuses sont
ıvent atteintes de phtisie laryngée que les hommes,
pour les mêmes raisons physiologiques que les
le larynx des femmes subissant à la puberté des
ions moindres que celui des hommes. » Ce rappro-
est intéressant quoique l'immunité relative du
s femmes puisse souvent s'expliquer par la moindre
chez elles des causes occasionnelles.

ces raisons, la plupart négatives, ont leur impor-
uoique différente. Leur réunion représente un
de circonstances grâce auxquelles le larynx des
chappe à la tuberculose : vienne un des éléments
ligne de défense à se modifier, et l'infection de
›ourra se faire.

Pathogénie.

t le mode de tuberculisation du larynx? En compa-
ıits, on se rend compte qu'il ne doit pas être unique
s théories exclusives — ici comme ailleurs — ne
de mise.

ı ancienne opinion est celle de Lquis qui considé-
lésion tuberculeuse du larynx comme due à une
n *locale* par les crachats venus du poumon. C'est
ısme ordinaire chez l'adulte et il est vraisemblable
une tuberculose subaiguë ou chronique de l'enfant,
hez des enfants qui approchent de la puberté et
ıberculose ressemble déjà à celle de l'adulte, il est
able, dis-je, que survenant dans ces cas après les
ılmonaires (en dehors de toute généralisation), l'in-
laryngée soit due à la pénétration de bacilles

charriés par les crachats venus du poumon; et cela, à la faveur de petites érosions ou desquamations catarrhales ou avec l'aide des orifices glandulaires où le microbe trouverait un point d'élection pour s'enfoncer dans la muqueuse, qu'il ulcère. Le larynx infecté ainsi secondairement par sa surface, voilà le cas le plus fréquent (Louis, Klebs, Gouguenheim et Tissier, Frænkel, Bollinger, Rilliet et Barthez, Thost, etc.). Cette greffe tuberculeuse peut se faire à la faveur d'une ulcération syphilitique (Schnitzler) aussi bien que des érosions banales d'une laryngite simple coexistant avec la tuberculose pulmonaire.

Dans les cas, rares d'ailleurs, comme celui de M. le professeur Simon, où le larynx paraît avoir été envahi secondairement à une angine tuberculeuse primitive évoluant lentement, on peut parfois invoquer ce mécanisme de l'inoculation locale, mais dans les cas de ce genre, c'est surtout par l'envahissement progressif des tissus, par l'extension *de proche en proche* des lésions que la laryngite survient.

Une autre opinion veut que l'infection de la muqueuse se fasse de la profondeur vers la surface : pour cela il faut que les bacilles abordent la face profonde de la muqueuse par *voie sanguine ou lymphatique.* C'est évidemment ce qui se passe dans les cas de granulie pharyngo-laryngée, la forme la plus rare d'ailleurs, connue en France sous le nom de maladie d'Isambert, et à laquelle se rapportent les cas de Catti et probablement aussi ceux de Boulay. Pour que le bacille soit dans le sang, il a fallu, comme on l'admet depuis Bühl, un foyer tuberculeux primitif, et auparavant une porte d'entrée; or « c'est par les voies respiratoires et non par le tube digestif que l'on devient tuberculeux » (Comby) au moins en règle générale; en effet, la fréquence de l'adénopathie trachéobronchique tuberculeuse prouve « que la tuberculose infantile, qu'elle soit localisée ou générale, viscérale ou périphérique, aiguë ou chronique, est, dans l'immense majorité des cas, une tuberculose par inhalation » (Haushalter). Ce

ı tuberculeux, si fréquent comme point de départ de
›n générale que M. Haushalter l'a trouvé dans près
/o des cas de granulie (Haushalter et Fruhinsholz,
de Londres, 1901) souvent à l'exclusion de tout autre
ganglion, dis-je, peut être le semeur des bacilles qui
nneront cette tuberculose miliaire à prédominance
'o-laryngée, dans laquelle le larynx est infecté par la
eur.

cependant des cas où les modes d'infection que je
ɜ dire ne satisfont point l'esprit. « L'invasion, dit
à propos de sa première observation, s'est faite par
nières voies respiratoires; elle peut être *primitive*
on l'observe du reste chez l'adulte; et il n'y a pas
l'admettre l'inoculation par contage direct des cra-
argés de bacilles. » C'est, je crois, ce qui s'est passé
nt dans mon observation II : Alice H... (six ans et
t devenue tuberculeuse, comme sa sœur, par conta-
nifeste; un voisin tuberculeux crachait dans le sable
ɛs du jardin : l'enfant, jouant avec ce sable, a pu
larynx irrité par les poussières qui ont fait brèche
nuqueuse et y ont en même temps déposé le bacille;
um, peu lésé, se serait spontanément réparé par-
ı muqueuse infiltrée. Si, en effet, le bacille peut tra-
barrière épithéliale bronchique ou pulmonaire pour
les ganglions où il va se cantonner, et ce, sans laisser
ı visibles de son passage au point de niveau de péné-
pourquoi ne pourrait-il traverser de même la barrière
le du larynx, s'arrêter dans les follicules clos, ou
'une façon générale dans les tissus sous-jacents à
um, pendant que celui-ci se répare au point de ne
sser voir une porte d'entrée minime et facile à
) Je crois donc que chez notre petite malade, qui n'avait
écrétions pulmonaires, où il n'y avait pas d'infection
ɜ, il y a eu infection primitive directe du larynx par
enne; une minime lésion locale banale, due à l'inha-

lation de poussières irritantes et spontanément réparée, aurait été dans ce cas la porte d'entrée.

La muqueuse pouvant donc livrer passage à l'agent pathogène, soit primitivement, soit secondairement, ou recueillir les bacilles charriés par les liquides nourriciers de l'organisme, on peut dans certains cas être embarrassé pour savoir quelle opinion se faire sur le mode de contamination du larynx : il faut parfois hésiter entre deux mécanismes et même admettre leur coexistence. Cependant des types principaux peuvent être classés ainsi par ordre de fréquence décroissante :

1° Infection secondaire à la tuberculose pulmonaire;

2° Infection par voie sanguine ou lymphatique;

3° Infection primitive de la muqueuse du larynx;

4° Envahissement de proche en proche à la suite de lésion pharyngienne primitive.

Anatomie pathologique.

Avant de décrire les lésions du larynx, je crois utile de citer, à titre de document, un tableau de M. Haushalter (Congrès de Montpellier, 1898) concernant la répartition des lésions tuberculeuses dans 94 autopsies :

Les poumons étaient tuberculeux dans.	87	cas.
Ganglions péritrachéobronchiques. . .	70	—
Rate.	45	—
Foie.	44	—
Méninges.	44	—
Plèvre	20	—
Péritoine.	19	—
Ganglions mésentériques.	17	—
Reins.	12	—
Cerveau.	10	—
Intestin.	4	—
Larynx.	1	—
Endocarde	1	—

Les constatations anatomiques sont quelquefois possibles sur le vivant, grâce au laryngoscope qui a été employé par exemple chez notre fillette de six ans et demi (obs. II). Mais la laryngoscopie est ordinairement difficile chez les enfants : leur épiglotte surplombe plus le larynx que chez les adultes ; les grands enfants sont quelquefois indociles, et la difficulté due à la dimension des voies d'examen et aux conditions où on le pratique, augmente d'autant plus que les enfants sont plus jeunes. Certains auteurs n'hésitent pas à employer quelquefois les grands moyens : Rauchfuss conseille pour les tout petits enfants de profiter du moment où ils crient pour introduire le miroir, attirer la langue avec une pince, faire enlever par un aide les mucosités, la salive, les régurgitations qui salissent le miroir ; cela fait, examiner pendant une inspiration profonde, et... ne pas réussir ordinairement. Rauchfuss aurait cependant pu observer une fois par ce moyen le larynx d'un nourrisson de six mois. A son avis on pourrait essayer de laryngoscoper après chloroformisation, mais le succès non moins douteux n'encourage pas à imiter de tels exemples[1], d'autant plus que, dans beaucoup de cas, ces constatations sur le vivant ne sont point nécessaires au diagnostic, ni au traitement, surtout dans le cas habituel d'une laryngite survenue à la dernière période d'une phtisie pulmonaire.

Pour ne pas faire double emploi, je me contente de décrire ici les lésions que montre l'autopsie. On peut les ranger en plusieurs variétés anatomiques, qui d'ailleurs n'ont rien d'absolu et peuvent se combiner de diverses manières.

1° L'*infiltration* tuberculeuse du larynx, et particulièrement des cordes vocales et de l'épiglotte, existerait à un degré très variable chez un grand nombre de malades. Elle se caractérise par une légère tuméfaction de la muqueuse qui est lisse, rosée, tendue, ferme, parfois recouverte d'un peu d'exsudat. Sa section ne laisse écouler aucun liquide, ce qui

1. On obtiendrait peut-être un examen plus facile au moyen de l'abaisse-langue d'Escat.

distingue l'infiltration de l'œdème vrai, dont elle peut se compliquer chez les enfants. L'examen histologique montre de rares bacilles et quelques follicules tuberculeux. L'aspect laryngoscopique de cette variété est décrit dans mon observation II, où il fut pendant quelque temps masqué par l'œdème. — Cette infiltration tuberculeuse, qui peut évoluer spontanément vers la guérison ou vers la sclérose, peut aussi parfois être le point de départ d'ulcérations par ramollissement et ouverture de petits foyers tuberculeux.

2° L'*ulcération,* lésion le plus souvent observée, est en effet due à divers processus : il s'agit de pénétration de bacilles, venus des crachats, par les orifices glandulaires, au niveau desquels se fera l'ulcération, ou de ramollissement d'une granulation tuberculeuse, ou encore de contamination d'ulcérations soit syphilitiques, soit banales, celles-ci étant par exemple la conséquence du processus catarrhal qui ne manque jamais dans le cours de la phtisie pulmonaire : c'est dans ce sens qu'on peut dire que toute laryngite des tuberculeux ne tarde pas à devenir une laryngite tuberculeuse. Tout ceci nous explique les caractères de ces ulcérations qui peuvent, comme chez l'adulte, revêtir tous les aspects : ulcérations en coups d'ongles, fissuraires, en dents de scie, punctiformes, érosions entourées d'une collerette inflammatoire, ulcérations assez profondes par fonte d'une granulation tuberculeuse, larges placards parfois semés de granulations, etc. Leur nombre n'est pas moins variable depuis les multiples érosions disséminées çà et là sur l'épithélium jusqu'à la vaste ulcération unique qui a rongé toute une corde vocale, en même temps que parfois les régions voisines (cas de M. le professeur Simon). Leur siège peut être en un point quelconque, bien que les cordes vocales paraissent une région de prédilection (Rilliet et Barthez). Les ulcérations peuvent, comme l'infiltration, provoquer de l'œdème; et si leur marche est ordinairement envahissante, il peut aussi se faire qu'un larynx rongé de toutes parts tende aussi à la

cicatrisation : ce fut le cas de la première malade de M. Haushalter (1897). Des ulcérations, qui avaient provoqué de l'œdème de la glotte au point de nécessiter la trachéotomie, détruisirent les cordes vocales, perforèrent l'épiglotte et amenèrent une aphonie qui resta complète après l'ablation de la canule; quand l'enfant mourut de broncho-pneumonie, deux ans après le début des accidents laryngés, les cordes vocales disparues étaient remplacées par des tractus fibreux (voir figure 1). Pour en finir avec les ulcérations, rappelons la coexistence fréquente d'ulcérations de la trachée, ayant les mêmes caractères que celles du larynx et n'étant jamais révélées par aucun symptôme spécial (Rilliet et Barthez).

3° La tuberculose du larynx peut revêtir une forme *végétante,* pseudo-polypeuse, dont l'histologie confirme l'existence. On la trouve surtout chez des enfants déjà grands, plus souvent même chez des adolescents (Gouguenheim et Tissier en décrivent 2 cas entre quinze et vingt ans). Cependant le cas de J. Horne, dans lequel il s'agit d'un enfant de douze mois, paraît se rapporter à cette forme. Elle existe aussi, combinée à l'ulcération, dans le cas de notre malade, Alfred J... (obs. I) (voir fig. 2).

4° Les *périchondrites* existent chez les enfants comme chez les adultes : elles paraissent, suivant les cas, primitives ou secondaires aux ulcérations. L'observation III de M. Bar (De la laryngite œdémateuse chez les enfants, 1896) se rapporte à un fait de ce genre.

5° Dans ce cas de M. Bar, la suppuration du cricoïde avait provoqué de l'*œdème,* ou, comme il dit, une « laryngite œdémateuse secondaire ». L'œdème, avec toutes ses conséquences, peut exister aussi avec les lésions diverses que je viens d'étudier. Le laryngoscope l'a montré avec de l'infiltration chez Alice H... Certains auteurs décrivent même, tant comme variétés anatomiques que comme formes cliniques, des laryngites tuberculeuses ulcéro-œdémateuses, infiltro-œdémateuses, etc.

6° Quant à la *sclérose* du larynx, à la laryngite tuberculeuse scléreuse ou fibreuse, je l'ai également signalée plus haut comme pouvant suivre ou accompagner les ulcérations ou l'infiltration et j'en ai donné un bel exemple. La tendance à la réparation par sclérose appartient à l'histoire de toute tuberculose, à tel point que Gouguenheim et Tissier ont pu écrire que « la caractéristique de la tuberculose du larynx est l'infiltration spécifique, diffuse, où l'on retrouve des follicules tuberculeux à centre caséeux à côté d'un processus scléreux, ces deux processus marchant de pair, avec prédominance plus ou moins marquée de l'un d'eux ».

7° La forme la plus rare est le type pharyngo-laryngé de la tuberculose miliaire aiguë (cas de Catti), *granulie pharyngo-laryngée* d'Isambert. Elle se caractérise anatomiquement par une éruption discrète ou confluente de granulations sur le larynx en même temps que sur le voile du palais, la luette et parfois les régions voisines.

J'ajoute que même dans les cas de laryngite tuberculeuse, où l'on admet l'infection primitive, il y a d'autres lésions, en d'autres points de l'organisme, se rapportant à de la tuberculose aiguë, subaiguë, ou chronique. En d'autres termes, la tuberculose du larynx n'existe *jamais seule*. La tuberculose des poumons est naturellement celle qu'on rencontre le plus fréquemment. Ces lésions d'autres organes, fussent-elles limitées à une adénopathie, ne manquent jamais. Je n'ai pas à les décrire ici.

Symptomatologie.

Les manifestations cliniques de l'invasion du larynx par la tuberculose sont parfois peu intenses, au point de passer inaperçues dans les cas où cette complication survient dans la phase ultime d'une phtisie dont les symptômes généraux masquent ceux de la nouvelle lésion, à une époque où le malade anhélant, miné par l'hecticité, ne parle plus guère, et

où on l'examine le moins possible pour lui épargner des souffrances inutiles. Ces cas, où la symptomatologie est « à peu près nulle », ne peuvent guère constituer une variété clinique.

Si cependant le larynx est infecté assez tôt dans le cours d'une tuberculose chronique, ou avec prédominance dans une tuberculose généralisée subaiguë, ou encore dans la forme localisée chronique de tuberculose pharyngo-laryngée (cas de M. Simon), il existe un tableau clinique net, quoique les enfants manifestent moins certains symptômes que les adultes C'est ainsi que l'envahissement du larynx peut ne pas augmenter sensiblement la dyspnée due aux lésions pulmonaires. La laryngite engendre rarement de la *dysphagie* chez les enfants, mais celle-ci peut exister et même être intense : c'est quand il y a des lésions du vestibule du larynx (Brindel). La voix est altérée, elle prend un timbre spécial, un ton voilé à peine rauque, et cela ordinairement dans les dernières semaines de la vie, parfois plus tôt. Cet « *enrouement* » s'accentue d'ordinaire progressivement, mais l'aphonie complète, si elle survient, peut n'exister que dans les jours qui précèdent la mort. Il manquerait dans les cas où les lésions bacillaires siègent ailleurs que sur les cordes vocales (Rilliet et Barthez).

Plus rare que l'enrouement (comme 2 est à 7, Rilliet et Barthez) est la *douleur* au niveau du larynx. Les signes laryngoscopiques, si l'examen est possible, sont variables : on constaterait parfois ainsi les ulcérations ou l'infiltration. J'ai dit les difficultés de cet examen chez les enfants; elles sont augmentées ici par la gravité des symptômes généraux.

Dans cette forme, la mort survient dans un délai de quelques semaines habituellement; elle est due plutôt aux autres lésions dont la laryngite n'est qu'une complication. Parfois, cependant, le processus scléreux amène une guérison locale.

A côté des formes de laryngite tuberculeuse dont l'évolution et les symptômes rappellent ce qui se passe chez l'adulte,

il en existe une autre, presque spéciale à l'enfance, et dont la marche clinique cadre bien avec les habitudes d'un larynx dont l'étroitesse et la grande susceptibilité rendent l'obstruction si facile.

Après quelques jours d'enrouement, ou même brusquement, chez un enfant notoirement tuberculeux ou simplement un peu languissant, survient un *accès de suffocation :* il pourrait être question, à l'occasion de l'envahissement du larynx, de sténose transitoire par spasme glottique, mais le plus souvent, pour ne pas dire toujours, la lésion parfois minime a provoqué de *l'œdème de la glotte,* sus-glottique comme dans notre cas (obs. II) ou sous-glottique comme dans celui de M. Bar. « Les accès, dit Trousseau dans une description restée célèbre, ont quelque chose d'effrayant; le patient, la face livide, la bouche ouverte, les narines béantes, l'œil humide et saillant, la peau ruisselante de sueur, est dans un état d'agitation excessive, cherchant à humer l'air frais du dehors, à prendre le cou avec ses mains, à en arracher un corps étranger qui l'étouffe. » M. Bar ajoute que chez l'enfant « l'accès est souvent plus brusque, la période asphyxique plus rapide que chez l'adulte ». La dyspnée peut cependant parfois être à marche progressive et continue. Elle est à mode inspiratoire dans l'œdème sus-glottique, continue dans la variété sous-glottique. La voix peut être modifiée de diverses façons. En déprimant la langue on peut parfois voir l'épiglotte tuméfiée; on peut aussi la sentir avec le doigt (Trousseau), mais c'est une manœuvre dangereuse (Bar). Le laryngoscope, s'il est applicable, montre l'aspect caractéristique.

Les accès de suffocation peuvent se répéter et amener la *mort* des malades, si on n'intervient pas par la *trachéotomie.* Mon observation II est une *exception* à cette règle, puisque les accès ont cessé et que la guérison est survenue, avec l'aide d'un traitement symptomatique simple, sans qu'on ait eu besoin de recourir à la trachéotomie. La marche de cet

œdème est donc en général progressive avec accès de suffocation pouvant amener la mort, mais il faut admettre de rares exceptions.

Diagnostic.

L'apparition des symptômes laryngés dans le cours d'une tuberculose chronique indique à coup sûr l'envahissement du larynx.

S'ils surviennent de bonne heure, il faut éviter quelques causes d'erreur, et notamment celle qui résulterait de la coexistence de la *syphilis* et de la tuberculose; à défaut des renseignements que ne peut donner souvent le laryngoscope, le traitement mercuriel fait le diagnostic dans ce cas, et c'est par son insuccès que Rheindorff a pu conclure à la nature tuberculeuse de l'affection chez sa petite malade.

La forme végétante pourrait être confondue avec des *papillomes* simples : on l'en distingue grâce à la coexistence d'autres manifestations tuberculeuses et parfois à l'examen d'un fragment des tissus.

Il n'y a pas à songer au cancer du larynx, qui n'existe pas dans l'enfance.

Le *lupus* du larynx pourrait prêter à confusion s'il n'était toujours consécutif à un lupus de la face ou des cavités supérieures : c'était le cas par exemple dans une observation de Félix (1901) relative à une fillette de cinq ans où le lupus du larynx était consécutif à un lupus du nez. (Ce lupus est une affection très rare dans l'enfance, et les autres cas publiés, peu nombreux d'ailleurs, se rapportent à des enfants âgés de plus de sept ans. Malgré sa parenté avec la tuberculose, il a une évolution très lente et des allures bien spéciales.)

Reste la *forme « suffocante »* de la tuberculose laryngée; si elle survient d'emblée elle peut simuler le croup, le faux croup, certains spasmes, les œdèmes dus à d'autres causes (*a frigore,* corps étrangers, érysipèles, abcès, néphrites, etc.). La laryngoscopie, si elle est applicable, fait le diagnostic

anatomique, et la nature de l'affection se démontre par l'étude des symptômes existant du côté de divers autres organes, particulièrement du poumon. L'évolution favorable de l'affection, dans mon observation II, pourrait faire supposer qu'il ne s'agissait pas d'une « laryngite tuberculeuse », mais d'une « laryngite chez une tuberculeuse ». L'étude attentive de l'observation et les résultats des examens laryngoscopiques pratiqués à divers moments de la maladie ne laissent aucun doute : la laryngite d'Alice H... était bien de nature tuberculeuse.

En somme, à part l'hésitation permise parfois au sujet d'une végétation laryngée, le diagnostic ne présente pas de très grandes difficultés. Vu la rareté des cas où l'on pourra employer le laryngoscope, il s'appuiera en même temps sur les signes locaux et sur tous les phénomènes cliniques concomitants. « En France, dit un auteur allemand, la phtisie du larynx chez les enfants paraît être plus fréquente en supposant que le diagnostic soit toujours exact parce que là-bas on le fait souvent sans laryngoscope. » N'en déplaise à Moritz Schmitt, le laryngoscope est si rarement un instrument à l'usage des enfants qu'il faut savoir s'en passer et, ordinairement, un sérieux examen clinique, même sans laryngoscope, fournit des bases suffisantes au diagnostic.

Pronostic.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, « c'est beaucoup sur l'examen des poumons que l'on fonde un pronostic motivé » (Castex et Barbier), mais d'une façon générale il est « des plus sombres, non pas que les lésions laryngées aggravent sensiblement l'état du petit malade, mais elles représentent d'ordinaire l'une des dernières étapes que la tuberculose infantile ait à franchir; elles sont donc, au moins chez les jeunes enfants, l'indice d'un dénouement fatal imminent » (Boulay). En effet, la mort survient habituellement au bout

de quelques semaines, dans la forme ordinaire de la laryngite ; cependant, dans le cas publié par M. Haushalter, une fois des accidents de suffocation évités par la trachéotomie, une laryngite ulcéreuse à tendance scléreuse a duré 19 mois avant que la malade succombe à une broncho-pneumónie vulgaire : elle n'avait pas de tuberculose pulmonaire, mais seulement des foyers hépatique, ganglionnaire et osseux. Dans la forme suffocante, la mort peut survenir dans un accès si l'on n'intervient pas à temps : l'observation de Bar, où la trachéotomie fut refusée, en est la preuve. L'opération, toutefois, ne fait qu'empêcher l'asphyxie immédiate et la maladie suit son cours dont la marche est subordonnée moins à la nature des lésions locales qu'à l'intensité des autres manifestations tuberculeuses de l'organisme. C'est pourquoi le pronostic reste habituellement fatal ; c'est pourquoi aussi notre petite Alice H..., chez qui d'ailleurs la trachéotomie put être évitée et qui était peu atteinte, a vu son affection évoluer vers la guérison. De tels cas sont malheureusement rares, et d'une manière générale le pronostic est d'une haute gravité.

Traitement.

Le traitement est théoriquement le même que celui de la laryngite tuberculeuse des adultes, mais la plupart du temps il est inapplicable. On assiste plus souvent, en effet, au dernier acte d'un drame où le larynx ne joue qu'un faible rôle. Tout au plus pourra-t-on, par des pulvérisations, des enveloppements du cou, l'insufflation de poudres anesthésiantes, agir contre certains symptômes pour ne pas rester spectateur désarmé : je l'ai déjà dit, on perd ordinairement son temps.

Les cas où l'on peut, chez de grands enfants, racler une végétation, faire un badigeonnage à l'acide lactique, sont relativement rares.

Quant à la forme suffocante, nous avons déjà vu que la trachéotomie peut sauver la vie du malade, sous réserve de l'évolution ultérieure de la maladie. Il ne saurait être question de faire le tubage, difficile s'il y a de l'œdème, évidemment douloureux et; de plus, nuisible à la réparation des lésions locales. Si l'urgence n'est pas extrême, avant de trachéotomiser, on peut essayer des moyens médicaux préconisés contre l'œdème de cause locale. Tout en ayant le bistouri prêt, on a donné à Alice H... du bromure de potassium, on lui a fait des enveloppements chauds du cou et du thorax, des pulvérisations : ces moyens ont suffi, mais, je le répète, il est exceptionnellement rare de trouver des cas aussi favorables.

Dans tous les cas, il ne faut pas s'occuper seulement du larynx; il faut viser toutes les manifestations tuberculeuses de l'organisme : c'est à ce prix seulement que, dans les cas favorables, on réussira à soulager les petits malades et parfois à les guérir; mais, habituellement, tous les efforts sont vains et la maladie poursuit sa marche fatale.

Index bibliographique.

Bar. — De la laryngite œdémateuse chez les enfants (Soc. franç. d'otol., etc., mai 1896; *in Archiv. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1896, p. 354).

Barthez et **Rilliet.** — *Traité des maladies de l'enfance.* Paris, 1861, t. III.

Barthez et **Sanné.** — Même ouvrage, édition de 1891.

Bollinger. — Ueber die Infectionswege des tuberculösen Giftes (*Münch. med Wochens.*, 1890, 33).

Boulay. — Article : *Laryngites chroniques* du *Traité des mal. de l'enfance* (Grancher, Comby, Marfan), 1897, t. III.

Brindel. — Tuberculeuse ulcéreuse de l'amygdale, etc., chez un enfant de huit ans (*Gaz hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1896).

Brindel. — Sur quelques cas de laryngite infantile (*Rev. de Moure*, 13 oct. 1900).

Castex et **Barbier.** — Article : *Tuberculose du larynx* du *Traité de médecine* (Brouardel, 1897), t. VII.

Catti. — Le type pharyngo-laryngé de la tuberculose miliaire aiguë (*Wiener. klin. Wochens.*, 1891, p. 438).

Claus (L.). — *La tuberculose infantile à l'hôpital civil de Nancy* (Thèse de Nancy, 1901).

Demme. — *Bericht über die Thätigheit des Jennerschen Kinderspitals.* Berne, 1882.

Félix. — Lupus des muqueuses des voies aériennes supérieures (*Ann. des mal. de l'oreil e*, février 1901).

Fraenkel. — Recherches sur l'étiologie de la tuberculose laryngée (*Wirchow's Archiv.*, Band CXXI, p. 523).

Froebelius. — Ueber die Häufigkeit der Tuberculose, etc. (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1886, Band XXIV, p. 47.).

Gouguenheim et **Tissier.** — *Phtisie laryngée.* Paris, 1889.

Haushalter. — *Revue médicale de l'Est*, 1897.

Haushalter. — *Considérations sur 94 cas de tuberculose avec autopsie* (Congrès de Montpellier, 1898).

Heinze. — *Die Kehlkopfschwindsucht.* Leipzig, 1879.

Horne (J.). — Photographie stéréoscopique de tuberculose laryngée chez un enfant de douze mois (Soc. lar. Londres, 1900; *in Rev. de Moure*, 28 avril 1900)

Isambert. — *Granulie pharyngo-laryngée* (Soc. méd. des hôp., 10 avril 1874; Conférences, 1877, 14e leçon).

Kayser (Richard) (Breslau). — Tuberculose laryngée chez un enfant (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, p. 160-161, Berlin, avril 1901).

Kiaer Gottlieb (Copenhague). — Tuberculose laryngée chez un enfant de cinq ans (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 5, Saint-Louis, mai 1901).

Krishaber et **Peter.** — Article : *Larynx* (pathologie médicale) du *Dictionnaire Dechambre.*

Lake. — *Laryngite tuberculeuse chez un enfant de six ans* (Soc. lar. de Londres, 2 déc. 1898).

Lennox Browne. — *Traité pratique des maladies du larynx* (trad. Aigre, Paris, 1891).

Leroux. — La tuberculose du premier âge d'après les observations de Parrot, *in Etudes expér. et clin. de Verneu l*, 1890

Louis. — *Recherches sur la phtisie*, 1825.

Lublinsky. — Die Kehlkopf-chwindsucht (*Deuts. med. Zeit.*, 1887, nos 53-55).

Morell Mackenzie. — *Traité pratique des maladies du larynx* (trad. Moure et Bertin, 1882).

Mutelet. — *Tuberculose diffuse chez l'enfant* (Thèse de Nancy, 1898).

Neumann. — Ueber chronische ulcerative Laryngitis, etc. (*Journ. de Behrend et Hildebrand*, 1847).

Plicque. — La tubercul se du larynx dans l'enfance (*Ann. des mal. de l'o eille. etc.*, 1892, n° 4, p. 241).

Rauchfuss. — Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre (*Manuel de Gerhardt*, 1878).

Reimer. — Casuist. und anat. path. Mitteilungen, etc. (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1876).

Rheindorff. — Ueber K hlkopftuberculose im Kindersalter, etc. (Inaugural Dissertation Kœnigsberg, 1891, *Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1891, XXXIII).

Rheiner. — *Wirchow's Archiv*, Band V, p. 219, 1853.

Ruault. — Article : *Phtisie laryngée* du *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, t. IV, p. 195.

Schmitt (Moritz). — *Ueber die Kehlkopftuberculose* (cité par Rheindorff).

Schnitzler. — *Ueber Combination von Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfs*, 1890.

Simon (Paul) (de Nancy). — *Ann. de la clin. des mal. de l'enfance de la faculté de méd. de Nancy* (de 1891 à 1892) (Nancy, 1893, p. 22).

Steiner et **Neureuther.** — Pädiatrische Mitteilungen aus dem F. J. Spital (*Vierteljahr-chrift f prat. Heukunde*, 1876).

Thost (Arthur). — Sur le mode d'infection dans la tuberculose du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, février 1895).

Trousseau et **Belloc.** — *Traité pratique de la phtisie laryngée*, 1837, obs. XI, p. 100, et obs. LIX, p. 450.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE

Contribution à l'étude des corps étrangers des bronches *(Zur Casuistik der Fremdkörper in den Bronchien)*, par le Dr E. Jurgens.

Le malade toussait depuis deux mois, et avait des expectorations sanguines et un léger mouvement fébrile le soir. Il existait une certaine zone de matité dans la région de la bronche droite. L'affection était survenue brusquement, et rien dans l'examen n'autorisait à diagnostiquer la tuberculose. Le malade raconte qu'il a toujours été bien portant, mais que, deux mois auparavant, il avait assisté à une noce au cours de laquelle il a beaucoup bu et mangé. Il s'était endormi très fatigué et la tête lourde; il fut réveillé par un violent accès de toux, et c'est depuis lors qu'il tousse, malgré les traitements les plus variés qu'il a suivis.

On supposa alors qu'il s'agissait d'une aspiration de débris alimentaires dans les voies respiratoires, aspiration qui se serait produite à la faveur de l'état d'ivresse du malade. Mais, comme l'examen laryngoscopique n'avait révélé rien d'anormal, on admit que le corps étranger se trouvait dans la bronche droite. La gangrène pulmonaire étant à craindre, on ordonna de l'ichthyol à l'intérieur et des inha-

lations de térébenthine, on prescrivit une potion contre la toux, et on commença à faire, deux fois par jour, le massage du poumon droit de bas en haut, à l'aide des pouces, et en pratiquant des tapotages modérément forts et se succédant rapidement au niveau de la moitié droite du dos. Au bout de deux semaines de ce traitement et au cours d'une séance de massage, le malade fut pris d'un accès de toux des plus violents, avec vomissements au cours desquels il expulsa deux petits os qui se trouvaient réunis. C'était un morceau de côte de veau (au cours de la noce, le malade avait, en effet mangé du veau), représenté par la tête et une partie du corps de la côte. On sépara facilement ces deux parties, qu'on trouva complètement dénudées de leur périoste et du tissu cartilagineux. La longueur totale des deux os était de 1 cent. 8, la plus grande largeur comportait 1 cent. 2. Au bout de huit jours, le malade était complètement guéri, et, depuis trois ans, il n'a pas présenté la moindre affection des voies respiratoires. (*Monats. für Ohrenheilk.*, n° 9, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

OREILLES

Un cas de carcinome myxomateux du temporal *(Ein Fall von Carcinoma myxomatodes der Schläfenbeins)*, par le Dr MOSES.

Il s'agit d'un malade, âgé de soixante-trois ans, qui avait déjà été opéré un an auparavant pour une tumeur de la région auriculaire dont la nature avait paru suspecte.

A l'examen, l'auteur constate au-dessus de l'oreille gauche l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, un peu fluctuante; derrière l'oreille, se trouve un grand orifice qui sécrète du mucus épais provenant des granulations qui s'y trouvent, ainsi que dans la partie postérieure du conduit auditif. L'auteur se borna d'abord à ouvrir la tumeur, qui était douloureuse, et trouva, au lieu de pus, une masse analogue à celle d'un hématome, muco-purulente, épaisse, qui s'étendait de tous côtés sur l'os dénudé; l'examen microscopique ne révéla que du tissu myxomateux et des corpuscules sanguins.

Sur le désir du patient, dont les douleurs étaient insup-

portables, l'auteur fit, quelques semaines plus tard, une nouvelle tentative d'enlever la tumeur; se guidant sur les cicatrices résultées de l'ancienne opération, l'auteur pratiqua au-dessus et en arrière de l'oreille une incision en T et put s'assurer que la tumeur avait envahi toute l'écaille du temporal et s'étendait en avant jusqu'à la portion osseuse de la trompe d'Eustache; toutes les cavités de l'oreille moyenne étaient envahies, et en deux endroits, la dure-mère, décolorée, mais intacte, se trouvait à nu. Ne pouvant, dans ces conditions, songer à une opération radicale, l'auteur enleva tout ce qu'il put des masses de granulations et traita la plaie à ciel ouvert; les douleurs avaient diminué pendant quelque temps, mais le malade eut plusieurs phlegmons du pharynx (à partir de la trompe d'Eustache) et s'éteignit lentement.

A l'autopsie, on trouva que la masse avait envahi presque toute la moitié gauche du crâne, usant la substance osseuse, mais laissant la dure-mère et le cerveau intacts. C'est la caisse qui, selon toute probabilité, a été le point de départ de la tumeur.

Sur la préparation microscopique, on voit partout prédominer la structure papillomateuse; on trouve des amas d'épithélium cylindrique, en partie détruits, entourés de tissus myxomateux que traversent des traînées de tissu conjonctif plus ou moins détruit lui aussi. Sur une coupe de la portion osseuse de la trompe on voit nettement les papilles et bourgeons envahir la substance osseuse; le diagnostic « carcinome myxomateux » paraît donc justifié. (*Münch. med. Wochens.*, n° 41, 1901.) Dr S. JANKELEVITCH.

VARIA

Sarcome primitif du corps thyroïde *(Primary sarcoma of the thyroid)*, par le Dr A. J. LARTIGAU.

Les cas de sarcome primitif du corps thyroïde sont très rares. L'auteur n'a pu en réunir que 55, y compris celui qu'il a observé personnellement. Le sarcome secondaire, tout en étant un peu moins rare, n'est cependant pas non plus d'une grande fréquence. La plupart des cas de sarcome primitif du corps thyroïde ont été observés dans des ré-

gions goitreuses et chez des individus atteints de goitre. Le cas observé par l'auteur concerne une femme mariée, âgée de cinquante-cinq ans, et qui, à part une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde datant de huit ans, a toujours été bien portante. Peu de temps avant son admission à l'hôpital, un petit nodule se forma dans la partie médiane de la région sus-claviculaire droite. Comme on a pu s'en assurer plus tard, il s'agissait d'un hématome. La tumeur actuelle englobe tout le lobe droit du corps thyroïde et refoule la trachée à gauche. La malade est opérée, mais quelques jours plus tard se forme une tumeur secondaire qui envahit l'isthme et le lobe gauche. On constate du ptosis et de l'inégalité pupillaire et la malade meurt au bout de très peu de temps, probablement par asphyxie. A l'autopsie, on trouve une récidive au niveau de la première localisation de la tumeur, avec envahissement du tissu thyroïde restant et du tissu périthyroïdien. La trachée et l'œsophage sont très rétrécis. On ne constate nulle part de métastase.

Une analyse de 51 cas de sarcome primitif du corps thyroïde a montré à l'auteur que dans 35 il existait préalablement un goitre. Sur 8 malades, âgés de vingt à quarante ans, 4 avaient un goitre; dans une série de 32 malades, âgés de quarante à soixante ans, le goitre existait antérieurement au néoplasme dans 84 0/0 de cas. C'est chez les femmes que le goitre précède le plus souvent le sarcome. Sur 55 cas publiés, 45 concernent des personnes âgées de quarante à soixante-dix ans, la plupart des malades étant âgés de quarante à soixante ans. Le rôle du sexe et des traumatismes paraît n'avoir aucune importance. Dans la plupart des cas, le sarcome avait débuté dans le lobe droit du corps thyroïde. L'affection évolue assez rapidement, sa durée dépassant rarement huit mois. La mort résulte souvent de l'envahissement de la trachée ou de l'œsophage, ou des deux organes à la fois. La mortalité consécutive à l'opération est très élevée. (*Med. Record*, 7 septembre 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNÉE. N° 4. 25 JANVIER 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

LARYNGITE SOUS-MUQUEUSE INFECTIEUSE AIGUË

Par le Professeur **A. ONODI**, de Budapest.
(Traduit par le Dr JANKELÊVITCH, de Bourges.)

Les inflammations infectieuses aiguës du larynx ne forment encore, ni au point de vue étiologique ni au point de vue clinique, de chapitre complet et achevé de laryngologie. On sait qu'en 1885 Massei[1] avait attiré l'attention sur cette question, en donnant une description et une définition précises de l'érysipèle primitif du larynx. En 1888, Senator[2] donna une description des phlegmons infectieux aigus du pharynx. Nous savons tous que des cas analogues ont été décrits avant Massei et Senator ; il n'en reste pas moins que ces auteurs ont été les premiers à considérer les affections en question comme des formes morbides primitives et à en donner une description précise. Au tableau clinique nettement circonscrit sont venues s'ajouter des données bactériologiques qui ont montré dans l'érysipèle primitif du larynx une affection autonome, aussi bien au point de vue étiologique qu'au point de vue clinique, et due au streptocoque érysipélateux de Fehleisen.

Lorsque Massei, se basant sur ses observations, eut donné la description de l'érysipèle du larynx, il en fonda le diag-

1. *Ueber das primäre Erysipel des Kehlkopfes*, 1886.
2. *Berliner klin. Wochens.*, 1888.

nostic clinique sur trois symptômes : la tuméfaction prononcée de la muqueuse qui, partant du tissu adénoïde de la base de la langue, s'étend à l'épiglotte et aux plis ary-épiglottiques ; la fièyre qui, dès le début, atteint 40°-41°, tombe ensuite brusquement pour remonter de nouveau, en rapport avec l'extension de l'érysipèle, et enfin la migration facile de la tuméfaction dans la continuité des tissus. Il distingue deux formes : celle où dominent les symptômes locaux et celle où ce sont les symptômes généraux qui occupent le premier plan du tableau ; dans cette dernière forme, le pronostic est toujours moins favorable ; dans l'une comme dans l'autre forme, les troubles de la déglutition se montrent les premiers, la sténose n'apparaît qu'en deuxième lieu. Massei[1] maintint au Congrès de Berlin de 1890 sa manière de voir, malgré l'incertitude des données bactériologiques. Schmidt traita, à cette occasion, à fond la question des phlegmons du pharynx de Senator. Les symptômes différentiels sont constitués par un léger degré de fièvre, par des modifications qui, se manifestant d'abord dans le pharynx, s'étendent ensuite au larynx par la tuméfaction des amygdales, la rougeur prononcée du pharynx, la dysphagie, le gonflement du cou, par un état d'abattement s'aggravant rapidement, la paralysie du cœur, et enfin par une infiltration purulente sous-cutanée et sous-muqueuse, jusqu'à l'œsophage et à l'estomac. Fränkel, Schech et Thorner se sont prononcés au cours de la discussion en faveur d'une séparation plus tranchée entre l'érysipèle et le phlegmon, tandis que Semon émit des doutes quant à la possibilité d'établir une différence pathogénique entre l'érysipèle, le phlegmon, l'angine de Ludwig et autres formes infectieuses analogues. Plus tard[2] Semon se prononça d'une façon plus affirmative en faveur de l'identité de ces formes morbides, en les considérant comme des degrés différents d'un seul et même processus, comme les manifestations

1. *Internat. med. Congr.*, Berlin, 1890.
2. *Centralbl. f. Laryngol.*, 1895.

variées d'une seule et même maladie, en rapport avec le degré de virulence des microbes pathogènes et la localisation plus ou moins profonde dans les tissus. Kuttner[1] sépare nettement l'œdème inflammatoire de celui où toute irritation active fait défaut et qui n'est que consécutif à des affections locales et générales autres que celles du larynx, comme, par exemple, les maladies des reins, des vaisseaux et du cœur, les stases veineuses, l'anémie générale et l'hydrémie, les processus angioneurotiques. Il fait observer à son tour qu'au point de vue étiologique l'érysipèle et le phlegmon ne peuvent pas être séparés l'un de l'autre. Au point de vue clinique il subdivise les cas de laryngite sous-muqueuse en deux groupes, selon que le processus sous-muqueux inflammatoire aigu se trouve ou non en rapport avec une infection. Au premier groupe appartiennent les formes infectieuses primitives ou secondaires, au deuxième groupe celles qui sont déterminées par des causes telles que brûlures, corps étrangers, fractures et déchirures, refroidissements, certaines substances médicamenteuses, inflammations situées dans le voisinage du larynx, et maladies constitutionnelles, telles que la syphilis et la tuberculose. D'après les données fournies par l'examen anatomo-pathologique, il distingue trois formes : la phase œdémateuse, la phase plastique et la phase de la suppuration. La phase œdémateuse de la laryngite sous-muqueuse infectieuse aiguë constitue pour lui l'érysipèle du larynx, tandis que la phase plastique et celle de la suppuration formeraient le phlegmon infectieux aigu du larynx. Przedbovsky[2] admet trois formes : 1° la laryngite sous-muqueuse idiopathique; 2° l'érysipèle primitif du larynx, le phlegmon infectieux aigu du larynx. Schmidt[3] est convaincu que la manière de voir de Semon est juste au point de vue étiologique; mais, cliniquement, on doit séparer les différentes

1. *Larynxödem u. submuc. Laryng.*, 1895, Berlin.
2. *Monats. f. Ohren-Kehlkopfkrank.*, 1895.
3. *Die Krankheiten des oberen Luftwege*, 1898.

es, et c'est ainsi qu'il traite l'érysipèle du larynx dans hapitre spécial. Gerber[1], se basant sur l'unité étiologique es formes morbides, les traite dans un chapitre intitulé: ryngite sous-muqueuse infectieuse aiguë (érysipélateuse ılegmonneuse); » il réunit ainsi ces deux affections, dont ge est dans la sous-muqueuse, et qui se présentent sous orme tantôt érysipélateuse, tantôt phlegmonneuse, et idère que ce qui les caractérise le plus, ce n'est pas l'état qu'elles déterminent, mais le tableau et l'évolution ques.

ıi esquissé dans leurs traits généraux les principales con- ions et les principales phases par lesquelles a passé cette tion. Nous nous trouvons en présence de deux faits: érysipèle et le phlegmon du larynx, le phlegmon du ynx, l'angine de Ludwig constituent autant de manifes- ns d'une seule et même infection; l'érysipèle ne résulte action d'aucun microbe pathogène spécial, et le strepto- ıe érysipélateux de Fehleisen est identique au streptocoque gène; 2° malgré leur base étiologique commune, il est ssaire de séparer ces différentes formes d'après leur au et leur marche cliniques. Mais, avant de nous occuper en détail de cette question, nous voulons relater quel- -unes de nos observations personnelles.

SERVATION I. — Le père d'un de mes confrères, âgé de nte-dix ans, est pris d'une sténose laryngée, accompagnée fièvre très élevée; l'examen révéla une tuméfaction rouge e de l'épiglotte, tellement prononcée qu'il en résultait une uction complète de l'entrée du larynx et les troubles respi- es consécutifs à cette obstruction semblaient nécessiter la éotomie. Mais l'âge avancé du malade et l'état de ses forces ıt plutôt de nature à contre-indiquer cette opération, à laquelle eurs la famille ne croyait pas pouvoir consentir. On résolut ndre, et un changement étonnant s'opéra brusquement dans du malade; la tuméfaction avait diminué, le danger de suffo-

[1] *Heymann's Handbuch der Laryngol.*, 1898.

cation disparu, les troubles respiratoires et de la déglutition diminuèrent progressivement et il survint en même temps un érysipèle de la face qui, à son tour, eut une issue favorable.

Obs. II. — Mon deuxième cas concerne un homme qui est resté à l'hôpital pendant treize jours sous mon observation. H. Sch..., âgé de quarante-six ans, se présenta à l'hôpital le 24 juin 1899, atteint de dysphagie, de dyspnée et d'une fétidité très prononcée de l'haleine. D'après les données fournies par lui, l'affection aurait débuté quinze jours auparavant par des troubles de la déglutition qui auraient abouti progressivement à la sténose. Au moment de son entrée, il présentait, outre les symptômes mentionnés plus haut, une légère élévation de la température qui pendant deux jours n'avait pas dépassé 38°. A l'examen on trouve le pharynx rouge, l'épiglotte très tuméfiée, et présentant sur ses deux bords, aussi bien sur la face linguale que sur la face laryngée, des ulcérations d'un gris sale, qu'on retrouve également sur les deux cartilages aryténoïdes fortement tuméfiés. M. le Dr Verebély, assistant, a soumis à l'examen bactériologique les portions de tissu nécrosé. Les cultures et expériences sur animaux ont montré que le microbe pathogène était, dans ce cas, le diplocoque lancéolé de Fränkel. On institua immédiatement un traitement antiphlogistique, on ordonna des pilules de glace, des compresses glacées, des inhalations et des badigeonnages de sublimé, des insufflations d'acide borique et d'iodol. L'amélioration s'est produite progressivement, les troubles de la respiration et de la déglutition ont diminué, la fétidité de l'haleine a disparu. Les cartilages aryténoïdes se sont plus vite débarrassés des portions de tissu nécrosé que l'épiglotte. Alors que les premiers ne présentaient plus la moindre trace de l'affection dont ils avaient été le siège, on constatait des deux côtés de l'épiglotte une perte considérable de substance cartilagineuse. Le malade quitte l'hôpital le 6 juillet complètement guéri. Je l'ai revu l'année dernière et cette année, et ai pu constater sur le bord droit de l'épiglotte une ligne cicatricielle de 4 millimètres et sur le gauche de 2 millimètres.

Obs. III. — Dans mon troisième cas il s'agissait d'un jeune homme que son médecin avait amené de la campagne à l'hôpital le troisième jour de sa maladie, car il ne pouvait s'expliquer la cause des troubles de la déglutition qu'il présentait. Ces derniers étaient survenus brusquement, de sorte que le malade ne pouvait rien avaler; il avait en même temps de la fièvre. Le jour de son

entrée, le 10 octobre 1900, il n'avait plus de fièvre, l'haleine était fétide. A l'examen on trouve une tuméfaction prononcée, de couleur rouge foncé, de l'épiglotte, dont la moitié gauche présente sur sa face linguale une ulcération sale grisâtre. L'examen bactériologique donna une culture pure de staphylocoques dorés. Le traitement a été le même que dans le cas précédent : glace, badigeonnages au sublimé, insufflations d'acide borique et d'iodol. L'ulcération s'étendit le deuxième jour à la moitié droite de l'épiglotte, un peu au delà de la ligne médiane. Les troubles respiratoires ont disparu rapidement, l'ulcération au bout d'une semaine, la tuméfaction considérable de l'épiglotte diminua, sauf au point où existait l'ulcération et dans le voisinage de la base de la langue. Le 18 octobre, le malade quitta l'hôpital, resta encore pendant quelques jours en observation et rentra chez lui complètement guéri.

Après avoir relaté ces observations, nous pouvons considérer de plus près la question que nous avons soulevée au début et définir notre manière de voir. Nous venons de voir qu'on a voulu donner une base bactériologique aux différentes formes morbides établies par la clinique et séparer l'érysipèle primitif du larynx du phlegmon du pharynx de Senator, en se basant sur la présence dans la première de ces affections du streptocoque érysipélateux de Fehleisen. La base bactériologique spéciale qu'on attribuait à l'érysipèle primitif du larynx s'évanouit plus tard, et il a été démontré que le même streptocoque de Fehleisen était la cause et du phlegmon du pharynx et de celui du larynx. A ces recherches est venue se joindre l'étude approfondie de Jordan [1], qui a montré que l'érysipèle et ses complications peuvent être déterminés non seulement par le streptocoque pyogène, mais aussi par le staphylocoque pyogène doré. Dans son autre grand travail [2], Jordan a montré que différentes bactéries pathogènes telles que le microcoque pyogène ténu, le microcoque tétragène, le pneumocoque, le bacille pyocyanique et

1. *Archiv f. klin. Chir.*, 42, 1891.
2. *Beiträge zur klin. Chir.*, 10, 1893.

le streptocoque lancéolé, peuvent provoquer sur d'autres parties du corps les mêmes processus aboutissant au phlegmon et à l'abcès. Ces recherches ont fourni à Semon l'argument bactériologique pour réunir dans le cadre d'une seule et même affection ces différentes formes cliniques et les traiter au chapitre des inflammations septiques. Semon résume ainsi qu'il suit son point de vue : « Les différentes formes d'affections septiques aiguës de la gorge et du cou, qui jusqu'ici avaient été considérées comme autant d'affections foncièrement différentes, présentent, en réalité, une identité pathologique ; elles ne sont, en effet, que des degrés différents d'un seul et même processus et ne se distinguent l'une de l'autre que par la virulence plus ou moins grande des microbes pathogènes ; en ce qui concerne leur localisation primitive et leur développement ultérieur, tout dépend très probablement de lésions accidentelles de la surface protectrice, dans lesquelles le microbe pathogène qui détermine les événements ultérieurs trouve une porte d'entrée, et il est absolument impossible d'établir une ligne de démarcation nette entre les formes simples et composées, œdémateuses et suppurées. » Lorsque Semon fit part pour la première fois de sa manière de voir au Congrès de Berlin, Fränkel et Schech se sont prononcés pour la séparation clinique des différentes formes. Plus tard Schmidt, Kuttner et Gerber en ont bien admis la base étiologique commune, mais ne crurent pas pouvoir renoncer à leur séparation clinique. Et effectivement, le phlegmon de Senator, l'angine de Ludwig, l'érysipèle primitif et le phlegmon du larynx diffèrent dans leurs manifestations et dans leur marche cliniques. Nous ne nous occuperons ici que de l'érysipèle et du phlegmon du larynx, d'autant plus que les cas que nous avons relatés se rapportent à ces affections.

Nous avons vu que, pour Schmidt, l'érysipèle du larynx constitue une affection indépendante, tandis que Kuttner le considère comme la phase œdémateuse de la laryngite sous-

muqueuse infectieuse aiguë. Pour Lunin[1], il ne s'agit d'érysipèle que dans les cas où l'inflammation est limitée à la muqueuse, tandis que ceux où elle atteint la sous-muqueuse et aboutit à l'abcès sont considérés comme des cas de phlegmon infectieux du larynx. Pour Gerber, l'érysipèle et le phlegmon sont deux affections sœurs quant à leur base étiologique, mais il les sépare d'après leur tableau clinique et leur évolution, en considérant l'une comme un processus limité à la surface, l'autre comme une affection ayant pénétré dans la profondeur des tissus. Schech[2] traite l'érysipèle et le phlegmon du larynx au chapitre de la laryngite phlegmoneuse et s'occupe, dans un chapitre spécial, de la laryngite gangréneuse. Tout en tenant compte des cas publiés et de la base étiologique commune à toutes ces affections, nous ne pouvons pas nous empêcher de considérer, au point de vue pratique, les différents tableaux cliniques comme autant de formes caractéristiques. Nous devons convenir que l'infiltration diffuse du cou, le gonflement œdémateux de l'épiglotte et le phlegmon du larynx présentent des tableaux cliniques différents; et, s'il ne nous est pas difficile de différencier le phlegmon pharyngé de Senator de l'angine de Ludwig, il n'est pas toujours facile de séparer l'érysipèle primitif du larynx du phlegmon primitif de cet organe. Quelquefois le processus superficiel, l'érysipèle, se transforme imperceptiblement en phlegmon, d'autres fois il n'existe pas de symptômes tranchés rendant la différenciation possible. La différence signalée dans l'évolution de la courbe thermique n'est pas toujours suffisante à ce point de vue. On peut dire, d'une façon générale, que ce qui caractérise l'érysipèle, ce sont la tuméfaction de la base de la langue et de l'épiglotte, une forte fièvre, le pronostic est le plus souvent favorable et l'affection aboutit rarement à la formation d'un abcès; quelquefois, cependant,

1. *Centralbl. f. Laryngol.*, 1894-1895.
2. *Die Krankheiten des Kehlkopfes*, 1897.

les symptômes généraux dominent dans le tableau, et l'affection peut présenter de graves complications qui en rendent le pronostic plutôt défavorable. Cliniquement l'érysipèle de l'épiglotte présente un processus superficiel plutôt qu'une infiltration œdémateuse inflammatoire, tandis que, dans le phlegmon, il existe une infiltration dure ou suppurée non seulement de l'épiglotte, mais encore d'autres portions du larynx; l'érysipèle est en outre accompagné d'une forte fièvre, tandis que dans le phlegmon la fièvre est plutôt modérée; dans le premier, le pronostic est favorable, dans le second, défavorable. Il résulte des cas observés que des membranes peuvent se former en certains points, ou une nécrose superficielle ou profonde. Massei trouva des dépôts blancs superficiels dans deux cas. Kuttner a observé dans six cas, sur le bord de l'épiglotte, sur les plis ary-épiglottiques, sur les bandes ventriculaires et dans le larynx des dépôts ponctiformes, blancs ou d'un gris sale, de différentes dimensions. Chiari[1] a observé dans un cas une ulcération gangréneuse de l'épiglotte qui a guéri à la suite de la trachéotomie. Boecker[2] a observé des phlegmons gangréneux des plis ary-épiglottiquess; dans le sinus pyriforme et au-dessus des bandes ventriculaires, se trouvaient des lambeaux de tissu fétides, d'un gris sale. Herzog[3] mentionne également une forme infectieuse gangréneuse. Les cas que nous avons cités nous-mêmes ont également présenté une nécrose, soit superficielle, soit profonde, et une perte de substance.

Après tout ce qui vient d'être dit, nous pouvons résumer notre manière de voir. Il est de fait que l'érysipèle primitif du larynx et le phlegmon du larynx reposent sur une base étiologique commune, mais ce n'est pas le streptocoque qui en constitue le seul microbe pathogène; cependant, comme nous l'avons vu, le diplostreptocoque lancéolé de Fränkel et le

1. *Wiener klin. Wochens.*, 1890.
2. *Deuts. med. Wochens.*, 1884.
3. *Centralbl. f. Laryngol.*, 1890.

staphylocoque pyogène doré sont capables de déterminer les mêmes accidents. En ce qui concerne les différents tableaux cliniques, nous les réunissons sous la désignation commune de laryngite saus-muqueuse infectieuse aiguë. Mais aussi bien les cas publiés par d'autres auteurs que les nôtres paraissant justifier une séparation clinique qui peut aussi avoir une certaine utilité au point de vue pratique, il nous semble qu'on peut, selon les cas, ajouter à la désignation que nous préconisons des épithètes correspondantes, exprimant les traits et caractères essentiels du tableau clinique donné.

Dans les cas où le processus s'étend à l'épiglotte, où la tuméfaction inflammatoire occasionne une infiltration œdémateuse, et où le début de l'affection est accompagné d'une fièvre élevée, on peut ajouter l'épithète *érysipélateux*. Ces cas ont une marche plutôt favorable, lorsque les symptômes généraux ne sont pas trop prononcés et qu'il ne se produit aucune complication. Il survient quelquefois un érysipèle secondaire de la face.

Dans les cas, au contraire, où, à côté d'une fièvre modérée, il existe une infiltration plastique ou suppurée, non seulement de l'épiglotte, mais aussi d'autres portions du larynx; l'épithète *phlegmoneuse* paraît indiquée. Dans les cas de ce genre les symptômes généraux peuvent devenir graves et des complications se produire, ce qui rend le pronostic défavorable. Dans quelques cas, on observe des dépôts punctiformes ou plus étendus des membranes, et le processus peut aboutir à la formation d'un abcès. Dans les cas enfin — les nôtres et quelques-uns de ceux qui ont été publiés — où la tuméfaction aiguë et l'infiltration sont accompagnées d'ulcérations plus ou moins profondes ou de nécrose, avec odeur plus ou moins fétide, on peut parler de laryngite sous-muqueuse infectieuse aiguë *nécrotique*. La nécrose peut se produire dès le début ou au cours de l'affection, peut être superficielle ou envahir la profondeur des tissus et déterminer

une perte de substance. Je crois que ces épithètes ne portent pas le moindre dommage à la base étiologique commune et expriment, en revanche, les différences incontestables que toutes ces formes présentent au point de vue de leur tableau et de leur évolution cliniques, différences qui ne sont pas sans importance au point de vue pratique. Ces trois épithètes : érysipélateuse, phlegmoneuse et nécrotique, épuisent tous les cas de laryngite sous-muqueuse infectieuse aiguë publiés jusqu'à ce jour.

ASSOCIATION BRITANNIQUE DE LARYNGOLOGIE

RHINOLOGIE ET OTOLOGIE[1]

Séance du 11 janvier 1901.

Présidence de M. Mayo Collier, président.

Le Président lit une note sur **un cas d'exostose auriculaire**, de même M. Lennox Browne. Une discussion s'engage à propos de ces deux cas et de celui de M. Kelson, présenté à la dernière séance de l'Association.

M. le Président est d'avis que, à moins d'une nécessité impérieuse, l'ablation de ces tumeurs doit être évitée. Il se présente des cas, comme celui qu'il vient de rapporter, qui nécessitent une opération; il préfère alors une exentération tympano-mastoïdienne, comme étant le procédé le plus sûr, le plus facile et le plus efficace.

M. Lennox Browne fait remarquer que feu le Dr Cassells a montré que tous les cas d'exostose vraie reconnaissaient pour cause des granulations, des furoncles, etc. Ces cas sont les plus faciles à guérir, car ils sont plus ou moins pédiculés et peuvent être enlevés sans qu'on ait trop à craindre la récidive. Le cas relaté par M. Kelson est un cas d'hyperostose et a pour origine une inflammation du périoste. C'est une tumeur généralement annulaire, souvent multiple, quelquefois unique. Une des causes les plus fréquentes de cette forme est la natation et le métier de plongeur. On aura soin d'enlever tous les produits de sécrétion, tels que du

1. D'après *The Journ. of laryngol.*, mars 1901.

cerumen, susceptibles de s'accumuler derrière la tumeur osseuse, mais en dehors de cela, le chirurgien devra éviter toute intervention chirurgicale qui n'est pas sans danger et dont le résultat ultérieur n'est pas du tout aussi invariablement satisfaisant qu'on l'a prétendu. Il est intéressant de noter qu'un clinicien aussi distingué que Toynbee considérait ces cas comme d'origine goutteuse et prescrivait l'iodure de potassium.

M. DUNDAS GRANT regarde les exostoses pédiculées comme excessivement rares et leur ablation comme relativement facile et parfaitement justifiable. Les hyperostoses seraient, d'après lui, beaucoup plus communes et leur ablation n'est ni nécessaire ni justifiée; un très petit orifice suffit pour les besoins de l'ouïe.

M. BARK dit qu'une opération est légitime quand il existe des bourdonnements persistants et insupportables.

M. SCATLIFF dit qu'il ne paraît pas du tout prouvé, qu'il sache, que l'acuité auditive dépende *beaucoup* du calibre du méat du conduit auditif externe, car certaines personnes ayant le méat du conduit très petit ont une ouïe bien développée. Dans ces conditions, si l'exostose n'est pas assez grosse pour obstruer entièrement le méat ou pour bloquer le passage au point d'empêcher l'extraction de collections de cerumen et de produits de desquamation épithéliale en arrière de la tumeur, il n'est pas du tout nécessaire d'enlever cette dernière par une opération radicale, quand on trouve que la surdité est due en réalité à ces collections plutôt qu'à l'exostose.

M. WYATT WINGRAVE dit que les symptômes doivent être le seul guide du traitement et qu'une surdité croissante, avec ou sans autres troubles, est une indication suffisante pour une opération.

M. WYATT WINGRAVE. — **Un cas de paralysie faciale avec otite moyenne** *(A case of facial paralysis with middle ear diseuse)*.

Le malade, âgé de trente-quatre ans, eut au mois de juin dernier une première otite moyenne aiguë qui a duré une vingtaine de jours. En septembre, une autre au cours de laquelle s'est développée une paralysie faciale pour laquelle le patient ne vint consulter que six semaines plus tard. Léger écoulement séreux avec perforation et surdité légère. Tous ces symptômes disparurent au bout de vingt jours, mais la paralysie persiste depuis près de cinq mois. Le sens gustatif est

incontestablement altéré du côté paralysé. Le malade a pris de l'iodure de potassium et de la strychnine pendant six semaines. Ce qui rend le cas intéressant, c'est la persistance de la paralysie consécutive à un trouble otitique apparemment léger, et son interprétation pathologique.

M. TRESILIAN. — **Un cas de paralysie faciale avec récidive de polypes** *(A case of facial paralysis with recurrence poylpi).*

M. W..., trente-six ans, est atteint depuis quinze ans d'une suppuration chronique des deux oreilles. Vient consulter pour la première fois il y a deux mois. On trouve des polypes dans les deux oreilles. Ceux-ci, après avoir été enlevés, récidivent rapidement et sont de nouveau extirpés. Nouvelle récidive du côté droit. Apparition soudaine de violentes céphalées, de frissons avec fièvre et douleur dans l'oreille, l'apophyse mastoïde et la région occipitale. Ces symptômes font aussitôt penser à une rétention de pus dans l'antre et la caisse. Paralysie faciale droite qui se dissipe au bout de quelques jours. Ablation des polypes et curettage suivis de la disparition de tous les symptômes, mais un polype récidive de nouveau du même côté. L'oreille gauche va mieux. L'auteur se propose de pratiquer un Stacke du côté droit.

M. DUNDAS GRANT pense que, dans le cas de M. Wingrave, le facial était atteint dans la cavité tympanique, car si le nerf était lésé plus bas dans son parcours, le sens du goût n'eût pas été affecté; par contre, si la lésion du facial était située plus haut, par exemple dans le conduit auditif interne, le nerf acoustique aurait été simultanément frappé. Dans le présent cas il y avait une diminution manifeste du sens gustatif dans les parties antérieure et postérieure de la moitié gauche de la langue, indiquant que les fibres de la corde et du glosso-pharyngien étaient lésées, les premières probablement dans la partie de la corde dans le tronc du facial situé entre l'entrée de la corde du tympan dans ce nerf et l'émergence du grand pétreux superficiel; les fibres du glosso-pharyngien probablement sur la paroi interne de l'aqueduc de Fallope. M. Grant conseille l'emploi de courants galvaniques continus et l'administration d'iodure de potassium, et, en dernier recours, l'ouverture de la mastoïde afin de décomprimer le nerf.

En ce qui concerne le cas de M. Tresilian, M. Grant est d'avis

que les chances de guérison du malade soit dans une cure radicale.

M. Collier croit que chez le malade de M. Wingrave l'affection a été entretenue et prolongée par une occlusion tubaire et nasale.

M. Culver James. — **Un cas d'affection de l'oreille moyenne avec complications** *(A case of middle ear disease with complications).*

La malade, jeune fille de dix-sept ans, reçoit depuis trois mois les soins du Dr James. Dès son enfance, elle souffrait de temps à autre de douleurs d'oreille et devint graduellement sourde.

Pendant les neuf derniers mois les accès d'otalgie, devenus plus fréquents et plus violents, l'empêchaient de dormir et lui occasionnaient des nausées. A l'examen, on trouva un léger écoulement séreux de l'oreille droite; le tympan était épaissi, opaque et déprimé. La trompe d'Eustache était obstruée; l'apophyse mastoïde légèrement douloureuse. Ouïe altérée. La montre était entendue à un pouce du pavillon. Pas d'obstruction nasale; petites végétations adénoïdes. On ne pouvait pousser l'air dans la caisse sans cathéter, qui passait d'ailleurs difficilement. La douche d'air amenait un soulagement temporaire et était administrée tous les jours ou à jour passé.

L'écoulement traité par des injections antiseptiques a bientôt cessé. On prescrivit en même temps des toniques et surtout l'arsenic. Le tympan prit un meilleur aspect. Quand on faisait un cathétérisme dans la soirée, la malade n'était pas troublée la nuit par des accès de douleurs et pouvait reposer. La sensibilité de l'apophyse mastoïde étant devenue plus aiguë, M. James proposa une incision exploratrice par le périoste, mais l'opération a été refusée.

Des antispasmodiques amenaient de l'amélioration et, une fois, l'application de trois sangsues a fait presque complètement disparaître la douleur mastoïdienne pendant trois jours.

M. James proposa l'ablation des végétations adénoïdes, mais après une nouvelle consultation, il a été décidé de soumettre la malade à une gymnastique respiratoire régulière. La malade

alla passer une quinzaine de jours au bord de la mer et en revint se portant moins bien qu'au moment où elle avait quitté Londres.

M. Dundas Grant croit que les symptômes correspondent très exactement à ceux de la sclérose de l'apophyse mastoïde autrefois dénommée *névralgie mastoïdienne*, qui est une ostéite condensante de cette portion du temporal. Les fibres nerveuses sont comprimées et il en résulte de violents accès de douleur. Il suppose que des causes de névralgie reflexes, telles que les affections dentaires, ont été éliminées; il lui paraît très peu probable qu'il s'agisse d'un cas d'hystérie. Puisque les toniques, l'iodure de potassium et le chloral ont échoué, il conseillerait une opération sur l'apophyse mastoïde dans le but d'enlever la couche superficielle de l'os et, si l'état de ce dernier l'exige, porter l'intervention plus profondément.

M. Bark est d'avis que dans chaque cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, accompagnée de douleur mastoïdienne, on doit pratiquer une opération exploratrice en vue d'un traitement radical.

M. Wingrave pense que le méat inférieur doit être invariablement ouvert s'il est sténosé; on gardera l'expectative pendant un certain temps pour laisser l'amélioration se produire avant de prendre la décision d'une si grave intervention sur l'apophyse mastoïde.

M. Jakins conseille de procéder sans délai à une opération mastoïdienne radicale.

M. le Président croit que la malade de M. James bénéficiera probablement beaucoup d'un traitement du nez.

M. Abercombie. — **Un cas de polype du conduit avec une membrane du tympan intacte** *(Case of meatal polypus with intact membran tympani)*.

F. P..., dix-sept ans, vint consulter le 29 décembre 1900, se plaignant de douleurs dans l'oreille droite datant d'une quinzaine de jours et d'une masse obstruant cette oreille. Surdité progressive depuis trois mois et léger écoulement du même côté.

A l'examen, on trouva, faisant saillie dans le méat, un gros polype qui, en l'absence de l'auteur, a été enlevé par le Dr Nourse; après cela, ont été enlevées une masse cholestéatomateuse et des matières épidermiques. On constata alors de

petites granulations faisant saillie, sur le plancher, aux parois antérieure et postérieure du méat. Ces granulations ont été raclées avec une curette. Le tympan paraissait être intact à l'inspection. Le malade avoua s'être curé à plusieurs reprises l'oreille avec une épingle, et, la première fois, deux mois avant l'entrée à l'hôpital. A l'âge de huit ans, il eut un accès d'otalgie dans l'oreille droite ayant duré plusieurs jours, quand quelque chose s'est rompu dans l'oreille; un écoulement s'est établi alors et les douleurs se sont amendées. Quelques jours après, l'oreille paraissait être en bon état et elle l'est demeurée jusqu'à présent.

Le malade est atteint d'une obstruction nasale par végétations adénoïdes et hypertrophie des cornets.

La question est de savoir la cause du polype. Était-il le résultat d'un traumatisme occasionné par le grattage de l'oreille avec une épingle ou bien provenait-il de la mastoïde où l'affection est restée latente depuis la première attaque, il y a neuf ans?

M. Mayo Collier. — **Spécimen de maxillaire supérieur où une tumeur épithéliale a envahi l'antre et les alvéoles** *(A specimen of an upper jaw in which an epitheliomatous growth was filling the antrum and had invaded the alveoli).*

La tumeur a été extirpée en entier et le maxillaire supérieur est complet et intact. Le malade est également présenté et n'est que très peu défiguré. Il peut parler et avaler convenablement. Le siège du maxillaire a un aspect extraordinairement propre et sain.

M. Dundas Grant félicite M. Collier du brillant résultat. Il décrit un cas où le néoplasme, un épithélioma alvéolaire, avait envahi les cellules ethmoïdales, le plancher de l'orbite et l'antre, mais n'avait pas atteint le rebord alvéolaire, de sorte qu'il a pu laisser en place cette apophyse et le palais, ce qui facilitait considérablement la déglutition. L'opération a été exécutée par l'incision habituellement pratiquée pour l'ablation du maxillaire supérieur, mais il a été nécessaire d'ajouter une autre incision le long du rebord interne de l'orbite, ce qui permit d'enlever largement l'unguis, l'os planum et les cellules ethmoïdales. Au point de réunion des incisions persiste une fistule; le globe oculaire n'est pas revenu

à sa position normale. Cependant le malade ne souffre pas et quoique trois mois se soient écoulés, il n'y a aucun signe de récidive.

M. Bark relate un cas analogue, opéré par lui en 1884, et où il n'y a récidive que depuis quelques mois.

M. Wyatt Wingrave demande quelle forme d'épithélioma c'était. S'il s'agit de la variété squameuse, elle a dû probablement prendre naissance dans la bouche, tandis que la variété stratifiée dans l'antre appartient presque invariablement au type alvéolaire.

Cette dernière forme est plus difficile à traiter, car elle tend à envahir la région ethmoïdale, comme cela eut lieu dans le cas de M. Grant, tandis que dans celui de M. Collier les fosses nasales étaient libres.

M. Dundas Grant. — **Un cas de kyste de l'épiglotte** *(A case of cyst of the epiglottis)*.

La malade, jeune fille de vingt ans, se présenta récemment au Central London Throat and Ear Hospital se plaignant d'éprouver depuis vingt jours une sensation désagréable dans la gorge et en arrière du nez.

L'examen laryngoscopique a fait constater à la face linguale de la moitié droite de l'épiglotte une petite tumeur rose bleuâtre, transparente, hémisphérique et d'apparence kystique. La petite tumeur arrivait en contact direct avec le lobe correspondant de l'amygdale linguale qui était, dans cette partie, légèrement hypertrophiée. Au toucher avec une sonde, on peut se rendre compte que c'était le kyste et l'hypertrophie partielle de l'amygdale linguale qui étaient le siège du trouble. La malade avait également une amygdalite lacunaire chronique; la muqueuse du pharynx et des fosses nasales était congestionnée; les cornets légèrement tuméfiés. Pas d'antécédents morbides de date récente. La patiente était évidemment névropathe, car il était peu probable que l'affection lui causât une gêne aussi grande qu'elle le prétendait.

Il y a quelques années, M. Grant a présenté à la Société laryngologique de Londres une femme atteinte d'un kyste similaire, mais de volume plus gros, qui a donné lieu à des troubles très prononcés. Par contre, M. Mc Bride a montré un homme très robuste porteur d'un kyste énorme qui n'avait

pas provoqué le moindre trouble. Dans le cas de M. Grant, le kyste a été extirpé en entier à l'aide des pinces de Mackenzie, mais son contenu s'est vidé. Son ablation a été suivie d'un soulagement complet et persistant.

M. Bark attire l'attention sur la différence dans la gravité des symptômes dans les cas de ce genre, pouvant varier de l'aphonie complète avec maux de gorge, perte du goût et dysphagie à l'absence complète de symptômes.

M. Chichele Nourse. — **Un cas de syphilis tertiaire avec séquestre du naso-pharynx** *(A case of tertiary syphilis with a sequestrum in the naso-pharynx)*.

Le malade, âgé de cinquante-quatre ans, se plaignait d'une surdité graduellement croissante datant d'environ quatre ans. Au diapason, la conductibilité aérienne a été trouvée considérablement diminuée. Rinne négatif.

A l'examen de la gorge on constata dans le pharynx de nombreuses cicatrices résultant d'anciennes ulcérations; le voile du palais était attiré en arrière des deux côtés.

La respiration nasale était extrêmement fétide et dans la fosse gauche, très en arrière, se voyait une masse noirâtre. A la rhinoscopie postérieure on pouvait voir cette masse occupant presque le naso-pharynx et fixée aussi bien sur les côtés qu'en haut. Des tentatives réitérées d'enlever cette masse ont provoqué une abondante hémorragie. Cette masse était apparemment un séquestre autour duquel s'étaient déposées des concrétions calcaires, le tout recouvert d'une épaisse couche de sécrétion fétide de couleur noire.

Quoiqu'on ne pût relever aucun fait d'histoire spécifique, l'aspect de la lésion ne laissait aucun doute sur la nature de l'affection.

Depuis, la fétidité a diminué, et une grande partie de la concrétion s'est éliminée; le séquestre est devenu mobile excepté à la partie postérieure du plancher du nez. La partie postérieure de la cloison a disparu. M. Nourse préfère la prudence et attendra pour extraire le séquestre qu'il soit devenu tout à fait mobile.

Comme traitement, le malade prend une potion avec du

mercure et de l'iodure de potassium et fait des irrigations antiseptiques dans le nez.

M. DUNDAS GRANT conseille d'extraire le séquestre le plus tôt possible, de crainte qu'il ne tombe dans le larynx et ne suffoque le malade. Il existe un cas dans la science où le corps du sphénoïde s'était détaché et avait causé la mort du malade.

M. MAYO COLLIER. — **Cas d'aphonie** *(Case of aphonia).*

Le malade a fait la guerre de l'Afrique du Sud en qualité de simple soldat. Au cours de la campagne, il devint complètement aphone. Blessé à la cuisse à la bataille de Spion Kop, il fut mis en réforme et rapatrié en Angleterre. A Bloemfontein il perdit subitement connaissance et resta ainsi trois jours. Depuis il n'a jamais pu parler. Larynx apparemment normal, excepté une légère congestion. Pas d'hypertrophie de l'amygdale linguale.

Le malade s'est fait soigner par plusieurs médecins, mais sans en avoir tiré aucun bénéfice. Le père du malade affirmait que lorsqu'il était sous l'influence de la boisson, son fils parlait facilement. M. Collier croit qu'il s'agit, dans ce cas, d'un simulateur.

M. LENNOX BROWNE rappelle, à cette occasion, le cas d'un officier de la garde envoyé à l'hôpital par le médecin-major avec des symptômes exactement semblables à ceux du présent cas. Quoique non sans violence et sans lutte, on est parvenu à rétablir complètement la voix par un fort courant faradique. L'auteur croit que ces cas représentent une forme nullement rare chez les soldats anxieux et impatients d'être libérés du service.

M. DUNDAS GRANT partage l'opinion des orateurs précédents, mais il est, selon lui, charitable d'admettre qu'il s'agit d'un cas d'hystérie traumatique.

M. WYATT WINGRAVE attire l'attention sur l'hypertrophie marquée des bandes ventriculaires et l'abrogation de leurs fonctions, état si fréquemment observé dans des cas prolongés d'aphonie fonctionnelle, où le malade s'en sert à la place des cordes vocales. Il constate également une hypertrophie de l'amygdale linguale et des éléments lymphoïdes voisins.

M. TRESILIAN. — **Cas d'ostéosarcome de l'antre** *(Case of osteosarcoma of the antrum).*

Depuis qu'il avait été présenté, il y a dix-huit mois, l'enfant a été opéré et une grande partie de la tumeur enlevée, mais le maxillaire supérieur a été épargné et des portions de tumeur restent encore intactes. L'examen microscopique a montré que le néoplasme était un ostéosarcome. Depuis l'opération, la tumeur n'a pas augmenté de volume.

M. BARK préconise l'ablation du maxillaire supérieur comme la seule chance probable d'une guérison complète.

Cette opinion est partagée par MM. COLLIER et LENNOX BROWNE.

On aborde ensuite la discussion ajournée de la communication de M. LENNOX BROWNE **sur des cas d'épilepsie dans ses relations avec les végétations adénoïdes.**

M. LENNOX BROWNE, s'en référant aux deux cas rapportés par lui à la dernière séance, rappelle que l'ablation des végétations adénoïdes est utile dans bien d'autres formes de troubles de l'équilibre cérébral qui doivent être attribués à une irritation périphérique occasionnée par les adénoïdes et qui sont surtout caractérisés par des accès plus ou moins convulsifs et paroxystiques de colère et de violence.

Les deux principaux points d'intérêt sont : premièrement, dans cette catégorie de cas, le rhinologiste, de par son expérience, est meilleur juge de l'utilité de l'ablation de végétations adénoïdes que le neurologiste qui, de parti pris, n'attache pas beaucoup d'importance à leur influence causale ni aux détails du procédé chirurgical. Secondement, et ceci est le point d'intérêt capital, tandis que de fortes doses de bromure sont sans aucun effet avant l'ablation des tumeurs adénoïdes, le même médicament administré après, voire en petites doses, exerce une action essentiellement bienfaisante et aide à la disparition complète de l'irritation périphérique.

M. COLLIER considère comme indiscutable le fait que plusieurs cas d'épilepsie proviennent et sont aggravés par l'état du nez et du naso-pharynx. Ces cas ne s'améliorent généralement pas, parce qu'ils sont peu connus et que la majorité des médecins ne suspectent même pas cette source d'irritation.

Étant donné le fait que l'épilepsie peut reconnaître pour cause une irritation périphérique soit dans les intestins, soit dans les

organes génitaux, les dents ou ailleurs, n'est-il pas étonnant qu'une partie du corps, telle que la gorge et le nez, sous-tributaire de tous les nerfs craniens, du premier au neuvième, puisse échapper à cette influence, car tous les nerfs craniens, de l'optique à l'hypoglosse, se distribuent et contractent des rapports intimes dans le nez et dans la gorge.

M. DUNDAS GRANT accepte dans ses détails la manière de voir de M. Lennox Browne. En sa qualité de laryngologiste et d'otologiste attaché au service des maladies du système nerveux du West End Hospital, il a eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas d'épilepsie qui lui avaient été amenés par des collègues pour l'examen et le traitement d'affections de la gorge. Dans bien des cas, les observations ultérieures en font foi, il y a eu une diminution considérable dans le nombre et la gravité des attaques, un effet plus accusé de petites doses de bromure et même une guérison complète. Ce matin même il a revu un jeune homme bien constitué, opéré par lui au West End Hospital il y a plusieurs années, et qui a depuis complètement guéri de son épilepsie. Un résultat semblable a été obtenu dans un cas d'empyème double du sinus maxillaire. Un jeune homme était atteint d'attaques d'épilepsie à la suite d'un coup de sabot de cheval sur la région mastoïdienne. Quand le malade vint consulter l'auteur, l'examen de l'oreille a aussitôt provoqué une attaque d'épilepsie très violente. Une intervention ayant été décidée, on pratiqua une cure radicale complète de la mastoïde. Le malade revint voir l'auteur un an après en l'assurant que depuis l'opération il n'avait plus eu aucune attaque. Dans un autre cas, une jeune fille atteinte de violents accès d'épilepsie et de suppuration chronique de l'oreille moyenne fut traitée de son affection otique et ne tarda pas à bénéficier d'une diminution considérable dans le nombre et la gravité des attaques.

Toutes ces affections qui viennent d'être mentionnées n'entrent que pour une faible partie dans les nombreuses sources possibles d'irritation périphérique, et leur suppression n'est pas toujours suivie des mêmes résultats heureux. Elles sont cependant suffisamment nombreuses et accusées pour avoir droit à une attention particulière de la part de tous ceux qui entreprennent le traitement de l'épilepsie.

TRIVAS.

ANALYSES DE THESES

De la rhino-pharyngite et amygdalite chronique et de ses conséquences chez les enfants, par le Dr ATTIAS

Estimant que l'infection rhino-pharyngo-amygdalienne a une importance suffisante pour mériter d'être étudiée à part, l'auteur en veut essayer la description en s'en tenant surtout au processus chronique.

Le rhino-pharynx, de par sa situation même, est fatalement voué à des envahissements infectieux venant de différents côtés, et, par ses connexions, en mesure de communiquer à son tour les phlegmasies qui le frappent aux organes contigus. Heureusement, il est en mesure de résister victorieusement aux microbes si abondants et si variés de l'arrière-gorge, grâce à la multiplicité des formations lymphoïdes des parois rhino-pharyngées et à l'énergie de la phagocytose qui en résulte.

Etant donnés ces énergiques moyens de défense, quelles causes pourront les annihiler et les vaincre?

Toutes celles qui, diminuant la résistance du sujet, exalteront la virulence des microorganismes, telles que : le surmenage, les fatigues de toutes sortes, la misère physiologique, les traumatismes locaux et surtout le refroidissement. Il faut ajouter toutes les causes venues du dehors : les infections surajoutées, le décours des pyrexies graves, et la contagion par une autre cause rhino-pharingée.

Le sujet atteint de rhino-pharyngo-amygdalite chronique est menacé de complications multiples qu'on peut classer en trois catégories :

1° Les infections de voisinage, telles que : otites moyennes, dacryocystites, kératites, kérato-conjonctivites phlycténulaires, abcès péri-pharyngiens, adénopathies multiples, laryngites, trachéites, bronchites à répétition et même broncho-pneumonies;

2° Les complications d'ordre réflexe et mécanique : surdité causée par les végétations adénoïdes, crises d'asthme et accès de stridulisme ou faux croup, incontinence noc-

turne d'urine, céphalée, apathie intellectuelle, emphysème pulmonaire et déformations thoraciques;

3° Les complications à distance : infections générales et viscérales, diphtérie, néphrites et endocardites, et enfin tuberculose.

Depuis peu on a observé que certains troubles digestifs paraissaient liés à la rhino-pharyngo-amygdalite chronique. On a signalé la gêne de la déglutition, et les vomituritions. Il existe parfois des vomissements opiniâtres et des diarrhées rebelles à toutes médications. Tous ces troubles gastro-intestinaux paraissent être la conséquence de la déglutition de produits rhino-pharyngés, muco-purulents septiques.

Les accès de fièvre qui accompagnent les poussées aiguës survenant au cours des rhino-pharyngo-amygdalites chroniques peuvent revêtir différentes formes et peuvent même, dans certains cas, simuler le paludisme et égarer le diagnostic si l'on n'y prête attention. Dans cette affection aux conséquences si nombreuses et si variées et parfois si graves, le diagnostic est très important, car de lui dépend le traitement qui est aussi simple et facile qu'il est efficace.

En présence d'un enfant atteint de rhino-pharyngite chronique, il faut songer d'abord au terrain et instituer un traitement général antiscrofuleux. Mais c'est surtout le traitement local qui aura le plus d'importance.

Il consistera en instillations dans les fosses nasales d'huile antiseptique, au moyen de la seringue de Marfois.

Si l'enfant est trop jeune, on remplacera les instillations par des applications de pommade.

Si ces moyens ne suffisent pas, on procédera à la cautérisation ou à l'ablation des amygdales, et au curettage des végétations qui encombrent l'arrière-gorge. (Thèse de Paris, 1901.)

Dr G. Dupond.

Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les laryngites diphtériques, par le Dr Auguste Carpentier.

Bien que le tubage, depuis l'emploi du sérum antidiphtérique, soit devenu la méthode de choix dans le traitement de la laryngite diphtérique, la trachéotomie est cependant

parfois nécessaire; ce sont les indications actuelles de cette dernière opération que l'auteur se propose d'étudier dans son travail inaugural.

Après avoir comparé les avantages et les inconvénients du tubage à ceux de la trachéotomie, il pense que la préférence accordée au premier par la majorité des auteurs est bien justifiée. Se rangeant à l'avis du professeur Landouzy, il estime que, dans le traitement du croup, il faut « choisir l'intubation, subir, contraint et forcé, la trachéotomie ».

La trachéotomie est une opération de nécessité, elle hérite des contre-indications du tubage. Il faut envisager ces contre-indications dans deux cas bien distincts, suivant que l'enfant est soumis ou non à une surveillance constante.

Dans le cas où l'enfant peut être surveillé constamment, il peut se faire que la trachéotomie soit nécessaire d'emblée, ou bien soit secondaire à un échec immédiat ou tardif du tubage.

A. La trachéotomie doit être faite d'emblée :

1° Lorsque l'enfant est en état de mort apparente;

2° Lorsqu'il s'agit d'un enfant présentant la forme hypertoxique de la diphtérie; l'intensité de l'angine servira d'indication.

3° Lorsque, dans certains cas, on est dans l'impossibilité de diagnostiquer, si l'on se trouve en présence d'un croup ou de maladies autres que la diphtérie et dans lesquelles le tubage semble donner de mauvais résultats.

4° Lorsqu'il y aurait impossibilité de placer l'ouvre-bouche.

5° S'il existe un œdème considérable des replis aryténo-épiglottiques.

6° Quand il y a impossibilité de placer le tube dans le larynx. Cela peut tenir à diverses causes : inhabileté de l'opérateur, difficulté pouvant provenir de l'âge de l'enfant, spasme de la glotte, manœuvres maladroites pour enfoncer le tube, et enfin trop grand volume du tube pour le larynx.

B. Trachéotomie secondaire.

L'opération peut être rendue nécessaire :

1° Par les fausses routes qui auront pu être faites par une main inhabile.

2° Par la chute dans la trachée d'un tube trop petit.

3° Par l'obstruction du tube. Obstruction par les fausses membranes, immédiate ou tardive, ou obstruction lente par les mucosités.

4° Par le rejet incessant du tube.

5° Par le tubage prolongé.

Plusieurs causes peuvent nécessiter ce tubage prolongé : *a)* la persistance des fausses membranes, *b)* les spasmes du larynx, symptomatiques d'ulcérations.

Si l'on examine les résultats de la trachéotomie, on trouve que cette opération donne, en général, une mortalité très élevée. Cependant, comme elle donne quelques chances de survie à l'enfant, il ne faudra pas négliger de la pratiquer dès que l'indication sera bien établie.

Dans le cas où l'enfant ne peut être l'objet d'une surveillance constante, c'est-à-dire dans la clientèle privée, le tubage peut offrir de graves inconvénients et faire courir de grands dangers au petit malade.

Malgré l'opinion de certains auteurs, qui préconisent le tubage en ville, il semble que cette dernière opération donne une mortalité supérieure à la trachéotomie. Tubage à l'hôpital, trachéotomie en ville, telle doit être actuellement l'opinion classique en France. Il se peut que la trachéotomie fasse courir quelques risques de plus à l'opéré, mais c'est à elle qu'il faudra recourir, si l'on ne peut laisser auprès du malade une personne exercée au tubage. (Thèse de Paris 1901.)

Dr G. DUPOND.

L'oreille sénile. Oreille moyenne, région mastoïdienne, par le Dr Léon DEPOUTRE.

L'étude des lésions anatomo-pathologiques de la surdité sénile a été quelque peu délaissée jusqu'à ce jour. Cette surdité peut ne pas toujours dépendre d'une maladie du nerf acoustique. Il est donc intéressant de savoir si on trouve dans l'oreille moyenne des vieillards des lésions suffisantes pour expliquer la diminution de l'audition, qui

est si fréquente dans l'âge avancé. Tel est le but que s'est proposé M. Depoutre en faisant des recherches à ce sujet. En présence des opinions si contradictoires émises par les différents auteurs, il a pensé que seule l'étude des diverses parties de l'organe auditif du vieillard, faite sur un grand nombre de pièces anatomiques, pouvait permettre de porter un jugement autorisé.

Laissant de côté l'oreille interne, il a particulièrement étudié l'oreille moyenne et les cavités mastoïdiennes, sur 54 temporaux de vieillards âgés de plus de soixante ans, morts dans les différents hôpitaux de Paris, pendant une période de quatre mois. La technique suivie dans cette étude anatomique a été celle indiquée par Politzer dans son traité de dissection de l'organe auditif de l'homme.

Sur les 54 temporaux examinés, 12 fois seulement l'oreille moyenne a été trouvée saine, 14 fois elle présentait des altérations légères, et 28 fois des altérations graves capables d'affaiblir considérablement l'ouïe.

En considérant l'ensemble des cas, on constate que les altérations de l'oreille moyenne augmentent notablement avec les progrès de l'âge : sur les temporaux de vieillards âgés de quatre-vingts ans et plus, on n'a pas une seule fois rencontré l'oreille moyenne normale.

Du côté du conduit auditif il y a à signaler la fréquence des bouchons de cerumen ; on a constaté assez souvent une hypertrophie notable de l'os de la gouttière tympanique, surtout dans sa partie externe.

La peau du conduit est souvent atteinte de modifications : relâchement, affaissement de la paroi cutanée postérieure, eczéma sec, lamelles épidermiques détachées.

La membrane du tympan présente rarement un aspect normal : 14 fois seulement elle a paru saine. Les altérations les plus fréquentes sont les opacités soit partielles, soit diffuses : 3 tympans présentaient des plaques calcaires.

Dans la caisse les modifications morbides sont nombreuses; elles portent sur les articulations des osselets ou sur les osselets eux-mêmes; elles se montrent sous forme de brides, de ponts membraneux, de synéchies. Dans la moitié

des cas environ, la mobilité de l'articulation du marteau avec l'enclume était diminuée; mais l'altération la plus grave et la plus fréquemment rencontrée a été l'ankylose de l'étrier dans la fenêtre ovale, 38 0/0.

C'est dans l'attique que l'on a rencontré le plus fréquemment les processus adhésifs, tels que brides, ponts, etc., qui souvent s'étendent à l'aditus et à l'antre.

D'après les mensurations pratiques, on peut dire qu'en moyenne, l'antre des vieillards présente une hauteur de 6 à 8 millimètres et une largeur de 5 à 6 millimètres.

D'après les coupes on peut considérer deux types d'apophyses séniles : les apophyses éburnées et les apophyses pneumatiques à grandes cellules; ces dernières ont été rencontrées une fois sur trois.

Les cellules de la mastoïde ont paru acquérir, chez le vieillard, un développement particulier, et on peut les diviser en trois groupes : 1° cellules postéro-supérieures, 2° cellules mastoïdiennes postérieures, 3° cellules postéro-inférieures.

De tout ce qui précède, l'auteur se croit autorisé à dire que, dans la plupart des cas de surdité sénile, l'oreille moyenne est seule en cause, du moins primitivement.

Il pense que, parfois, l'intervention thérapeutique peut être utile, mais avant d'entreprendre tout traitement, il faudra pratiquer un examen otologique sérieux, s'assurer de la mobilité de l'étrier, et voir si la perception osseuse est bien conservée.

D'après l'état de la région mastoïdienne chez le vieillard, il est facile de comprendre certaines particularités cliniques.

Chez lui, les suppurations chroniques de l'oreille moyenne seront d'autant moins à craindre qu'il sera plus âgé.

Dans les suppurations aiguës, au contraire, il faudra redouter : 1° la mastoïdite de Bezold, 2° la propagation du processus suppuratif aux cellules postérieures.

Ainsi donc, dans une intervention sur une apophyse sénile, il sera prudent, après l'ouverture de l'antre et des cellules de la pointe, de s'assurer si les cellules postérieures existent et sont suppurées. (Thèse de Paris, 1901.)

Dr G. Dupond.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Abcès rétro-pharyngé idiopathique chez un adulte *(Idiopathischer retro-pharyngeal Abscess bei einem Erwachsenen)*, par le Dr Hopmann.

Le malade, âgé de vingt-deux ans, de constitution très robuste et ayant toujours été bien portant (il pesait 95 kilos), est pris subitement, après avoir avalé, étant en transpiration, un verre de bière froide, de fièvre et de dysphagie. Cette dernière avait débuté à droite et gagné au bout de quelques jours le côté gauche. Il fit appeler un médecin qui diagnostiqua une angine et prescrivit un traitement ad hoc. La dysphagie, cependant, s'aggravait de jour en jour, au point que, dix jours après le début de la maladie, le malade ne pouvait plus avaler même des liquides. Il fut pris en même temps de troubles respiratoires et de toux qui lui rendaient le moindre mouvement impossible. Ce n'est qu'après qu'il eut, une nuit, quelques accès de suffocation qu'il se décida à venir consulter l'auteur, qui lui trouva l'aspect cachectisé; la respiration était difficile, bruyante, le malade avait toujours la bouche ouverte et la langue tirée hors de la bouche. En dix-huit jours, il a perdu 15 kilos.

L'inspection du pharynx, relativement facile, révéla l'existence, au niveau de sa paroi postérieure, d'une tumeur volumineuse, fluctuante, s'étendant loin en bas et dont le point le plus saillant se trouvait à gauche de la ligne médiane. En haut elle s'étendait derrière le voile du palais, jusque dans le naso-pharynx.

Il était évident qu'il s'agissait d'un abcès grave de la paroi postérieure du pharynx, et on pratiqua immédiatement l'incision qui donna issue à deux tiers de litre environ de pus caséeux, non fétide, qui finit par se mélanger d'un peu de sang. L'écoulement spontané du pus avait duré un bon quart d'heure. Comme le malade avait déclaré qu'il lui était impossible de se baisser, l'auteur, croyant se trouver

en présence d'une affection de la colonne vertébrale, introduisit la sonde au fond de l'abcès, mais sans se heurter à de l'os dénudé; de même la colonne vertébrale n'était pas sensible à la percussion et ne présentait nulle part le moindre épaississement. L'auteur invita alors le malade à se baisser de nouveau, ce qu'il fit sans la moindre difficulté, mais ce mouvement fut suivi d'un nouvel écoulement par le nez et par la bouche. Ceci était une preuve que l'abcès s'étendait en bas jusqu'en arrière du médiastin postérieur, jusqu'au niveau de la colonne vertébrale dorsale. Le lendemain, l'auteur prolongea l'incision en bas, sans toutefois pouvoir atteindre la limite la plus inférieure de l'abcès. Il sonda de nouveau la colonne vertébrale et put ainsi s'assurer une fois de plus de son intégrité. Il avait essayé de tamponner le cul-de-sac inférieur de l'abcès, mais, chaque fois, après un séjour de plusieurs heures qui causait au malade des troubles insupportables, le tampon était expulsé et on dut finalement renoncer à ce procédé. Pendant quelques jours, le malade fut nourri à l'aide de la sonde œsophagienne et put alors avaler des liquides sans difficulté. La plaie n'a guéri qu'au bout de trois à quatre semaines. Au début, le malade avait encore de violents accès de toux, et on entendait, dans la partie postéro-inférieure des deux poumons, de gros râles. L'expectoration ne renfermait rien d'anormal, en particulier pas de bacilles de Koch. Pendant toute la durée de la maladie, la température n'avait jamais dépassé 38° 2. Lorsque le malade avait, neuf jours après l'opération, quitté l'hôpital, on constata que son poids avait augmenté de 1 kilogramme, et ce n'est qu'au bout de deux à trois mois qu'il atteignit le poids de 88 kilogrammes. La plaie était alors complètement guérie, et le malade était aussi bien portant et aussi robuste qu'avant sa maladie.

L'auteur attire l'attention sur la gravité de ces cas, qui résulte de la possibilité d'une ouverture spontanée de l'abcès, avec inondation du médiastin et des voies respiratoires par le pus. La mort peut survenir subitement, sans que, très souvent, on se rende compte de la cause. Sur

18 cas d'abcès rétro-pharyngés chez les adultes, consignés dans la littérature de ces seize dernières années, 6 se sont terminés par la mort qui, dans 2 cas, a été subite, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on put s'assurer qu'il s'agissait dans ces deux cas d'un abcès rétro-pharyngé ayant passé inaperçu.

Comme chez les enfants, l'abcès rétro-pharyngé des adultes est dû à la suppuration des ganglions rétro-pharyngés dont l'existence a été signalée par Most. Il est probable que dans le cas de l'auteur, la suppuration des ganglions rétro-pharyngés et, par conséquent, l'abcès étaient consécutifs à l'inflammation des amygdales, le malade ayant déclaré que, d'après son médecin, il aurait eu tout d'abord une angine. (*Münch. med. Wochens.*, n° 41, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

LARYNX ET TRACHÉE

Contribution à l'étude de la laryngectomie, par le Prof. DELLA VEDOVA, de Milan.

L'auteur repousse l'idée d'employer chez les malades laryngectomisés un larynx artificiel; il préfère les mettre dans la situation de simples trachéotomisés.

En agissant ainsi, il isole immédiatement l'arbre respiratoire de l'appareil digestif, et évite aux sujets qui ont subi cette grave opération une partie des complications dues à la persistance d'une communication entre le pharynx et les voies pulmonaires.

Après extirpation du larynx, il suture directement le bout supérieur de la trachée au plan musculo-cutané externe : la trachée s'ouvre ainsi directement à l'air libre, sans interposition de canule.

M. Della Vedova décrit minutieusement cette suture, facilitée, dans son procédé opératoire, par une incision transversale comprenant toute l'épaisseur des tissus, et perpendiculaire à l'incision linéaire primitive. Cette incision transverse croise l'incision qui va de l'os hyoïde à la fourchette sternale, au niveau du point où aboutit le bout supérieur de la trachée sectionnée. (*Annales des mal. de l'oreille*, n° 10, oct. 1901.)

Dr BRINDEL.

OREILLES

Un cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne compliquée d'une fracture de la base du crâne *(Ein Fall von Mittelohreiterung complicirt durch Schädelbasisfractur)*, par le Dr P. REINHARD.

Il s'agit d'une fillette, âgée de cinq ans, qui était atteinte depuis trois ans d'une otorrhée droite consécutive à la scarlatine, avec carie, mais sans symptômes cérébraux. L'enfant n'a jamais été soignée. Le 10 juillet 1901, elle tomba d'une fenêtre dans la rue, soit d'une hauteur de 10 mètres; il s'ensuivit une fracture de la base du crâne avec commotion cérébrale et otorragie droite. Elle était restée dix jours sans connaissance; lorsque l'auteur la vit à cette époque, elle était encore dans un état d'apathie très prononcée, il y avait paralysie du nerf ciliaire et du muscle externe de l'œil droit; les pupilles étaient immobiles et l'aphasie persistait encore. L'oreille droite sécrétait un pus jaune, épais, fétide; le conduit auditif était rétréci au point d'en rendre l'inspection impossible; derrière l'oreille se trouvait une masse molle fluctuante, et la pression exercée en cet endroit faisait sourdre en abondance du pus par le conduit auditif droit; il existait donc une perforation de la paroi osseuse postérieure du conduit. Le pouls, qui avait été ralenti à la suite de l'accident, battait 100, la température était de 38° 2, la respiration n'était pas accélérée. L'opération, qui a été pratiquée dès le lendemain, révéla l'existence d'un abcès sous-périostique dont la cavité était remplie de granulations ayant nécessité un curettage; mise à nu de la couche corticale de l'écaille du temporal et de la région mastoïdienne; on trouve, au niveau de l'écaille, au-dessus et parallèlement à la suture pétro-squameuse, une ligne de fracture qui, cependant, ne sécrétait pas de pus. Il s'agit donc d'une fracture de l'apophyse mastoïde, dont la base présente une coloration noirâtre et est dénudée de périoste. De la ligne de fracture horizontale, une autre ligne se dirige perpendiculairement en bas, vers la région décolorée signalée plus haut, et donne naissance à une troisième ligne qui se dirige au fond, vers le tegmen antri et tympani; il est impossible de déterminer jusqu'à

quel point elle s'étend à l'intérieur. Après avoir enlevé, à l'aide d'une pince, toute la corticale, ce qui fut d'autant plus facile que l'os était atteint de nécrose jusque dans ses couches les plus profondes, et présentait par conséquent une mobilité très grande, on pénètre dans une cavité osseuse; les parois supérieure et postérieure du conduit auditif étaient également nécrosées. Après ablation de ce séquestre, on trouve toutes les parois de l'antre et de la caisse atteintes de carie; du pus fétide remplit toutes les cavités. On s'abstient d'enlever ces parois, à cause de l'affaiblissement trop grand de la malade. Le marteau et l'enclume ankylosés et cariés sont extraits; la membrane du tympan manque. Douze jours après l'opération, la malade allait déjà assez bien : pas de fièvre, la parole était revenue telle qu'elle était avant l'opération, le pus n'était plus fétide; les effets de la fracture de la base du crâne et de la commotion cérébrale étaient conjurés. Au cours de cette première opération, on avait ouvert les fosses cérébrales postérieure et moyenne. Neuf semaines après, nouvelle intervention : agrandissement de la cavité à l'aide de la gouge et du ciseau, curettage des granulations, ablation et grattage des parois cariées. Finalement on a ouvert les cellules du sommet de l'apophyse. Tamponnement, pansement. Au bout de quatre semaines de traitement post-opératoire, l'enfant est remise entre les mains du médecin de la famille. Elle va actuellement bien, n'a ni vertiges ni céphalées. L'ouïe ne s'est pas améliorée.

En présence de l'étendue des lésions constatées, il est permis de se demander ce qu'elle serait devenue, si la chute et les troubles qu'elle a entraînés à sa suite n'avaient pas attiré l'attention du côté de l'oreille, car ainsi qu'il a été dit, depuis trois ans qu'elle avait l'otorrhée, elle n'avait jamais subi aucun traitement. C'est grâce à l'opération qu'on a pu prévenir une méningite mortelle qui, sans cela, serait survenue fatalement à la suite de la fracture de la base. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 9, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNÉE. N° 3. 1er FÉVRIER 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

UN CAS D'OTORRAGIE
AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE[1]

Par les Dr A. RAOULT et SPECKER, de Nancy.

L'otite moyenne est une complication très fréquente de la fièvre typhoïde, ainsi que de la grippe. Mais, tandis qu'elle s'accompagne fréquemment d'hémorragies dans cette dernière maladie épidémique, il est fort rare d'observer d'écoulement sanguin de l'oreille au cours de la dothiénentérie. Il nous a donc semblé intéressant de rapporter l'observation qui suit. Nous ne nous arrêterons pas à tous les symptômes de la maladie primitive, qui étaient ceux bien caractérisés de la fièvre typhoïde :

Observation. — L'enfant F..., âgée de dix ans, fut examinée pour la première fois par l'un de nous (Specker) le 29 décembre 1900. L'état de la petite malade indiquait que la fièvre typhoïde était déjà à sa période d'état : température soir : 40° 5; prostration, langue et lèvres fuligineuses, taches rosées lenticulaires. On peut estimer qu'à cette date l'affection remontait à neuf jours. La période ascensionnelle était passée inaperçue.

Les jours suivants, la température présentait de grandes oscillations, allant de 38° à 40°. L'intensité de la fièvre était diminuée par le traitement, sur lequel nous reviendrons plus loin : phénacétine et benzonaphtol.

Le *1er janvier 1901*, l'enfant eut deux hémorragies intestinales, à six heures du matin et à midi.

1. Travail reçu le 19 décembre 1901.

Le *3 janvier*, survint une épistaxis assez abondante, et en même temps on s'aperçut qu'il s'écoulait du sang de l'oreille droite. L'oreiller était tout taché de ce sang, mais on ne voyait pas de traces de pus. Specker ordonna des injections d'eau boriquée et des bains d'oreille avec de la glycérine phéniquée, le conduit étant obturé ensuite par un tampon d'ouate. Malgré le traitement, l'hémorragie continua.

Le *4 janvier*, Raoult examina l'enfant. Le sang suintait continuellement de l'oreille droite. Après un lavage du conduit, l'examen otoscopique fait apercevoir le fond de ce conduit rempli d'un sang rouge, coulant en nappe. En essuyant le fond du conduit auriculaire avec un tampon de coton, on ne peut arriver à étancher complètement ce sang, qui se renouvelle constamment. Il est impossible par là même de voir la membrane du tympan et de savoir d'où provient l'hémorragie.

Nous faisons cesser les injections d'oreille, et nous prescrivons des instillations d'eau oxygénée dans le conduit, cinq à six fois par jour.

Le *5 janvier*, l'écoulement sanguin existe encore, mais il a bien diminué.

Le *6 janvier*, l'écoulement cesse, et on remarque du pus sur le coton qui est à l'entrée de l'oreille.

Le *9 janvier*, en faisant un nouvel examen otoscopique (l'oreille étant minutieusement lavée et nettoyée), nous apercevons une petite perforation de la membrane du tympan, par où s'écoule du pus épais. Cette perforation est située dans le quadrant antéro-inférieur. Il n'y a plus, dès lors, traces d'hémorragie. L'affection auriculaire a revêtu, à partir de ce moment, tous les caractères d'une otite moyenne aiguë ordinaire. Nous avons prescrit des injections avec une solution de sublimé tiède à 1/4000, et des bains d'oreille avec de la glycérine au sublimé à 1/2000. L'écoulement s'est atténué peu à peu, et il était complètement tari au moment où l'enfant est entrée en convalescence. Nous devons ajouter qu'à deux reprises différentes il y eut encore des hémorragies intestinales. La maladie a revêtu une forme prolongée, et la convalescence ne s'est établie que le 28 janvier; elle a donc duré environ trente-neuf jours.

Disons, en passant, que, pour combattre chez notre petite malade l'hyperthermie assez marquée (température oscillant entre 40° et 41°), nous avons prescrit des cachets contenant un mélange de phénacétine et de benzonaphtol. Ces médica-

ments, quoique employés à très faible dose (10 centigrammes de phénacétine et 8 centigrammes de benzonaphtol), produisirent néanmoins des effets antithermiques très marqués; de 40°, la température tombait entre 36° et 38°, et une diminution de température aussi considérable, obtenue avec d'aussi faibles doses, aurait eu lieu de nous surprendre, si nous n'avions déjà, à plusieurs reprises, constaté les mêmes effets chez d'autres malades atteints de la même affection. Nous nous proposons, d'ailleurs (Specker), de revenir prochainement et d'une façon plus complète sur ce point de thérapeutique.

Comme nous le disions au début de ce travail, l'otorragie est extrêmement rare au cours de la fièvre typhoïde. Ysambert [1] n'a pu trouver dans la littérature médicale que deux cas mentionnés par Triquet [2], et une seule observation, longuement décrite par Molinié et Daunic [3]. Nous avons fait de nombreuses recherches bibliographiques à partir de 1896, et nous n'avons trouvé aucun nouveau cas.

Dans les deux faits signalés par Triquet, il s'agissait d'un écoulement sanguin accompagnant le pus provenant de l'oreille moyenne, mais le sang était en très faible quantité. Le premier est celui d'un jeune homme de vingt-trois ans, qui, vers le quinzième jour d'une fièvre typhoïde, eut un écoulement purulent des deux oreilles, écoulement qui, du côté droit, semblait mélangé avec du sang. De même, le second cas s'applique à une jeune fille de seize ans, qui mourut de la fièvre typhoïde, et qui, dans les six derniers jours, avait eu des écoulements de l'oreille gauche. Le pus semblait également tenir en suspension quelques grumeaux de sang.

On ne peut vraiment pas assigner le nom d'hémorragie à cet écoulement *paraissant* sanguinolent, qui se mélange au pus sortant de l'oreille.

1. Ysambert, *Séméiologie des hémorragies spontanées de l'oreille* (Thèse de Bordeaux, 1896).
2. Triquet, *Traité pratique des maladies de l'oreille*, 1857.
3. Molinié et Daunic, *Rev. de laryngol. et d'otol. de Bordeaux*, 1895.

L'observation de Molinié et de Daunic est réellement celle d'une hémorragie, mais celle-ci ne provient pas de la caisse. Du reste, nous résumons brièvement l'exposition qu'en ont faite ces deux auteurs. Une fillette de six ans tombe de son lit au septième jour de sa fièvre typhoïde, en se contusionnant très légèrement. Le lendemain soir, survient une hémorragie de l'oreille gauche; le sang est peu abondant, rouge vif. L'enfant souffre de la tête et paraît atteinte de surdité. Le surlendemain, nouvelle hémorragie venant de l'autre oreille et ayant les mêmes caractères que la première.

En examinant les oreilles, on trouve du sang coagulé dans le fond des conduits; au-dessous, la membrane est rouge violacé, couverte en quelques points de petits caillots, qui font croire à une perforation. Le même aspect existe des deux côtés. L'enfant est complètement sourde.

L'écoulement sanguin continue les jours suivants. L'examen d'une goutte de sang le montre privé de toute espèce microbienne. L'enfant, à plusieurs reprises, se plaint de douleurs très violentes dans les oreilles, surtout dans l'oreille droite; elle a des épistaxis qui se répètent plusieurs fois. Les hémorragies cessent au bout de neuf jours. Au moment où se fait la convalescence (quinze jours après le début des hémorragies), l'ouïe réapparaît. A l'examen des oreilles, on aperçoit le tympan normal, lisse et brillant, sans aucune trace de rupture ou de cicatrice, ni d'un côté ni de l'autre.

Pour ces deux auteurs, en raison de cette restitutio ad integrum aussi rapide, et de l'absence de tout élément bactérien dans le sang, on ne peut admettre que l'hémorragie ait eu lieu dans l'oreille moyenne, mais bien au niveau de la face externe de la membrane du tympan. Le traumatisme insignifiant, survenu le septième jour, ne pourrait expliquer ces otorragies persistantes. Il n'y a eu ni rupture de la membrane ni suppuration de la caisse.

Nous restons donc en présence de deux observations très nettes d'otorragie au cours de la dothiénentérie : celle de

Molinié et de Daunic, et celle qui fait l'objet de ce travail. Mais, dans ces deux cas, le point d'origine de l'écoulement est tout différent. Tandis que, dans le premier, il s'agit d'une otorragie d'origine externe, dans notre cas, il est impossible de mettre en doute l'issue du sang provenant de l'oreille moyenne.

On conçoit facilement que, dans la fièvre typhoïde, maladie prédisposant aux hémorragies et particulièrement aux épistaxis, il puisse se faire un écoulement sanguin au niveau de l'oreille, surtout au niveau de l'oreille moyenne. Dans ce cas, ou bien la suppuration perfore la membrane du tympan, et par cet orifice le sang se fait jour, ou bien, au moment de la fluxion intense de la muqueuse de la caisse, le sang épanché distend cette membrane et arrive à la perforer. Ici, la suppuration se manifeste dans la suite. D'autre part, il y a lieu de se demander si le sang ne pourrait pas provenir de l'hémorragie nasale et être refoulé par la trompe d'Eustache. Dans notre cas, nous ne pensons pas qu'on puisse accepter cette dernière pathogénie; en effet, quoique, chez notre petite malade, les épistaxis fussent contemporaines de l'otorragie, celle-ci avait lieu même lorsque l'hémorragie nasale s'arrêtait. C'était, selon toute apparence, la muqueuse de la caisse, enflammée et desquamée, qui donnait naissance à cet écoulement de sang en nappe.

On a observé dans quelques cas d'otite aiguë (non d'origine typhique) des hémorragies précédant l'issue du pus, hémorragies se manifestant au moment de la perforation de la membrane tympanique; mais, en général, ces hémorragies durent peu de temps (vingt-quatre heures ordinairement). Dans notre cas, au contraire, l'écoulement sanguin a duré trois à quatre jours.

L'observation de Molinié et Daunic ressemble à certains faits de myringite signalés dans la grippe, où l'on a vu des phlyctènes remplies de sang à la surface de la membrane tympanique, phlyctènes qui s'ouvraient, donnant lieu ensuite

à un écoulement de sang assez prolongé. Ces deux auteurs n'ont probablement pas assisté à la première période : l'apparition de la bulle hémorragique. Nous devons dire, toutefois, en terminant, que, dans leur cas, il a dû se produire des troubles du côté de la caisse, en raison de la surdité si marquée que présenta la malade. La fluxion tympanale s'est propagée à la membrane, mais celle-ci n'a pas été perforée.

ANALYSES DE THESES

De la voie d'infection nasale de la méningite, par le Dr Magunna, médecin des colonies.

L'auteur divise son travail en trois parties. La première est consacrée à l'historique de la question; dans la seconde il se livre à l'étude des différents rapports de contiguïté ou de continuité existant entre la cavité cranienne et les cavités nasales et rétro-nasales; dans la troisième, enfin, il indique la marche des agents infectieux vers les méninges à partir des cavités nasales et rétro-nasales.

La pénétration des agents infectieux du nez vers les méninges se fait par *voie directe* (rapport de voisinage, sinus caverneux par l'intermédiaire du sinus sphénoïdal, veines du cornet moyen, réseau lymphatique d'Axel et de Retzius) ou par *voie indirecte,* en passant par la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne.

M. Magunna insiste plus particulièrement sur les complications endocraniennes qui passent directement du nez à l'encéphale. Ces complications suivent cinq voies différentes :

1° Voie directe, après destruction de la voûte osseuse;

2° Thrombose du sinus caverneux;

3° Embolie des veines du cornet moyen;

4° Voie lymphatique;

La cinquième voie constitue la voie indirecte, qui se fait par l'intermédiaire de l'oreille.

L'auteur rappelle les recherches des auteurs modernes

sur la septicité des fosses nasales et du naso-pharynx, la fréquence de l'empyème des cavités accessoires, la présence de certains microbes dans les sécrétions nasales au cours de méningite.

Il rapporte ensuite des observations de méningite consécutive à la pénétration des germes morbides par chacune des voies indiquées. Il a lui-même pratiqué des inoculations par excoriation de la muqueuse nasale chez des cobayes, et produit 6 méningites mortelles sur 20 animaux inoculés.

Sa dernière observation a trait à un malade porteur d'une sinusite maxillaire ancienne méconnue, chez qui un tamponnement postérieur des fosses nasales amena une otite moyenne aiguë, suivie très rapidement elle-même de méningite et de mort.

Voici ses principales conclusions :

La méningite peut tirer son origine d'une lésion des cavités nasales.

Le médecin, en présence d'un malade soupçonné de méningite, doit s'enquérir de l'état des fosses nasales.

A l'autopsie, on doit chercher à trouver le point de départ de l'infection méningée, et nous tenons pour incomplète toute observation qui ne contient pas de détails sur l'état des cavités nasales et rétro-nasales. (Thèse de Bordeaux, imprimerie Gounouilhou, 1901.) Dr BRINDEL.

Des troubles nerveux chez les amygdaliens, par le Dr BEREST.

L'auteur passe en revue les troubles nerveux qui prennent naissance dans le plexus tonsillaire et s'irradient dans les appareils de la digestion, de la respiration, de l'audition, et du côté des organes génitaux. Il apporte un certain nombre d'observations nouvelles et, de son travail, tire les conclusions suivantes :

Les phénomènes nerveux réflexes sont très fréquents chez les amygdaliens. C'est surtout dans la forme hypertrophique molle qu'on les observe le plus souvent. Comme dans ce cas il y a hypertrophie de la totalité du tissu adénoïdien

du pharynx, on peut déduire que c'est surtout dans les altérations de ce tissu que les réflexes prennent leur origine. Il n'y a aucun rapport entre l'intensité et la fréquence des symptômes, d'une part, et l'importance des lésions, d'autre part. La nature des lésions amygdaliennes n'implique pas forcément tel ou tel trouble nerveux. Le siège d'altération semble cependant avoir une influence sur la détermination des réflexes. C'est ainsi que les lésions postérieures s'irradient de préférence vers l'oreille. Le traitement s'adressera à la lésion locale; on débridera les amygdales ou, au besoin, on les enlèvera. (Thèse de Paris, 1901.)

Dr F. ARDENNE.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Recherches histologiques sur la pharyngite latérale et contribution à la pathologie des glandes folliculeuses *(Histologische Untersuchungen über die Pharyngitis lateralis, etc.)*, par le Dr H. CORDES.

Lorsqu'on compare les résultats fournis par l'examen histologique du pharynx dans les cas de pharyngite latérale avec ceux qu'on constate dans les cas de pharyngite dite granuleuse, on s'aperçoit que, dans cette dernière affection, le siège des lésions ne se trouve ni dans les couches épithéliales, ni dans les follicules ou dans le tissu conjonctif qui les entoure, ni, enfin, dans les glandes muqueuses de la couche sous-muqueuse, mais uniquement dans les éléments lymphoïdes de la muqueuse, dont l'action irritante de la sécrétion augmentée et modifiée des glandes détermine la prolifération. Il en résulte des saillies qu'on peut constater macroscopiquement et qui ne tardent pas à se recouvrir d'un épithélium pavimenteux stratifié solide qu'on trouve quelquefois aminci au niveau du sommet, d'autres fois complètement détruit.

Dans la pharyngite latérale, il s'agit non plus d'une prolifération circonscrite des éléments lymphoïdes, mais

d'une hyperplasie et d'une néoformation de tous les éléments qui constituent le tissu lymphoïde, de sorte qu'il est permis de parler de la production d'une véritable amygdale pathologique.

Ces amygdales présentent, en effet, tous les caractères propres aux amygdales proprement dites :

1° Une forme circonscrite;

2° Une infiltration épaisse, diffuse, du tissu conjonctif par des cellules lymphoïdes, avec accumulation, dans les points infiltrés, de petits follicules lymphatiques, de nature particulière;

3° L'existence de cryptes, dus à l'enfoncement de la muqueuse qui tapisse ces formations, dans le tissu lymphatique qui se trouve précisément groupé autour de ces enfoncements;

4° L'extension du tissu lymphatique jusqu'au-dessus de l'épithélium, les enfoncements contribuant à augmenter la surface totale de l'amygdale;

5° La présence d'une certaine quantité de glandes acineuses dont les conduits excréteurs traversent le tissu lymphatique et s'ouvrent dans les enfoncements.

L'auteur croit donc pouvoir tirer de ses recherches les conclusions suivantes : dans la pharyngite latérale, il s'agit de la production pathologique d'une petite amygdale supplémentaire de forme allongée. Sa formation et sa croissance sont dues à la prolifération des éléments lymphoïdes déjà existants et à l'augmentation de volume des follicules existants, mais surtout à la formation de nouvelles cryptes, de nouveaux éléments lymphatiques et de follicules entiers. Ce dernier processus débute au niveau de l'épithélium de la surface et de celui des glandes folliculeuses déjà existantes ou nouvellement formées, grâce au développement de lymphoblastes dû aux divisions kariokinétiques des cellules et aux transformations métaplasiques des cellules lymphoïdes et épithéliales immigrées. Ces lymphoblastes constituent le point de départ du tissu lymphoïde diffus d'une part, des follicules de l'autre.

L'auteur mentionne finalement l'existence de petites

saillies, du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille. Ces saillies sont tantôt d'une coloration jaune et d'une consistance molle, et présentent d'autres fois une coloration rouge avec un point jaune au niveau du sommet, tantôt, enfin, elles sont plus consistantes et d'une couleur blanche. On les trouve sur les parois latérales du pharynx et sur les piliers, et on les observe souvent dans la pharyngite latérale. Il s'agirait de glandes folliculeuses distendues, leur sécrétion rencontrant un obstacle à leur écoulement; cet obstacle réside soit dans l'occlusion de l'orifice, soit dans une dégénérescence graisseuse de la sécrétion elle-même, qui se trouve transformée en une masse plus ou moins fétide, plus ou moins épaisse, quelquefois complètement desséchée. (*Archiv f. Laryngol.*, XII, 2, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

Du rôle phagocytaire des amygdales et de l'ablation « systématique » des amygdales « palatines », par le Dr D. TOURREIL.

L'auteur estime que certains cliniciens enlèvent d'une façon trop systématique les amygdales de tous les jeunes malades qui leur sont amenés, oubliant un peu trop facilement le rôle et les fonctions physiologiques de ces organes. Il veut réagir contre cette vogue de l'amygdalotomie et faire l'examen critique des arguments invoqués par les interventionnistes.

Les anciens auteurs accusaient les amygdales de méfaits qui, actuellement, de l'avis de tous, ne sont imputables qu'aux seules végétations adénoïdes. Depuis les progrès de la bactériologie, de nouveaux griefs ont été invoqués contre elles.

Pour certains, les tonsilles doivent être supprimées parce qu'elles sont exposées à toute sorte d'infections locales pouvant se généraliser et qu'elles sont la porte d'entrée de bactéries variées. Pour d'autres, la première étape de la bacillose serait peut-être l'étape amygdalienne.

Cependant, d'après la thèse de Barp, où se trouvent réunis tous les prétendus cas de tuberculose primitive, on ne trouve la tuberculose que dans 5,65 0/0 des cas.

Lui-même, sur 48 sujets observés, n'a rencontré qu'une seule fois la tuberculose. Cette affection est donc excessivement rare.

Pour expliquer cette rareté de la tuberculose primitive des amygdales, il faut se rapporter aux travaux de Labbé et Besançon sur les ganglions lymphatiques dans les infections aiguës.

On a exagéré l'importance du microbisme latent des ganglions et des amygdales; ce que l'on sait du rôle physiologique et bactéricide des ganglions peut justement s'appliquer aux amygdales en raison de leur identité anatomique.

Tous les auteurs admettent volontiers ce rôle phagocytaire des tonsilles; il est donc étrange de voir un grand nombre de cliniciens procéder de parti pris à leur ablation.

D'après l'auteur, il n'y a pas seulement que les amygdales normales qui doivent être respectées, mais aussi certaines amygdales hypertrophiées ou type adénoïde, dans lesquelles il y a simplement hyperplasie de l'élément lymphoïde folliculaire.

Par contre, toutes les amygdales sclérosées, même petites, doivent être excisées, quand bien même elles n'apporteraient aucune gêne ni mécanique ni fonctionnelle.

Les amygdales palatines normales doivent être considérées comme des ganglions intra-buccaux, et les enlever systématiquement c'est spolier l'organisme et le priver d'un de ses grands moyens de défense. (*Archives de stomatologie*, mars 1901.)

Dr G. DUPOND.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Du mécanisme de l'infection des méninges dans la suppuration du sinus frontal *(Ueber den Mecanismus der Infection bei Meningitis nach Stirnhöhleneiterung)*, par le Dr HINSBERG.

Le malade, âgé de vingt-six ans, était, depuis plusieurs mois, en traitement pour une suppuration des deux sinus frontaux et des deux sinus maxillaires. On se borna tout d'abord à enlever les polypes, à réduire les cornets, de façon à dégager les orifices des sinus. Le résultat a été tout d'abord satisfaisant, la suppuration avait diminué et les

maux de tête ont disparu. A mentionner l'accident suivant qui est survenu au cours du traitement : l'ablation des parties hypertrophiées de la fosse nasale gauche a été suivie d'une exacerbation aiguë de la suppuration du sinus frontal gauche; le malade commença à éprouver des douleurs violentes, il est survenu de la fièvre et de l'œdème de la région oculaire. On avait proposé au malade l'ouverture du sinus, mais, avant d'entreprendre cette opération on essaya encore une fois de remédier à la rétention en dégageant le plus possible l'orifice du sinus. On y réussit parfaitement et les symptômes menaçants ont disparu à la suite de quelques injections.

Le malade a été obligé de se soustraire au traitement avant que sa guérison fût complète. Pendant quelques mois, il allait très bien. Puis il fut pris subitement de douleurs très violentes, surtout dans la région orbitaire droite. Croyant que ces douleurs étaient en rapport avec une maladie de l'œil droit qu'il avait eue autrefois et pour laquelle il avait subi l'énucléation de cet œil, il s'adressa à un oculiste qui l'examina attentivement, mais ne trouva rien du côté de l'orbite qui pût expliquer les douleurs.

On trouva une rétention de pus dans les deux sinus maxillaires, qui furent aussitôt ouverts par la voie nasale. Les douleurs disparurent assez rapidement, ce qui fit croire qu'elles ont été provoquées par l'affection de ces sinus, les sinus frontaux présentant alors une sécrétion modérée et leurs orifices étant perméables.

Dix jours après, les douleurs firent leur réapparition dans la même région et avec la même violence. Le malade faisait l'impression de quelqu'un qui serait atteint d'une complication cérébrale.

Cependant les sinus maxillaires pouvaient être mis hors de cause, car le malade les lavait lui-même tous les jours et la suppuration y avait considérablement diminué. Il ne restait plus qu'à incriminer le sinus frontal droit, dont l'injection cependant ne faisait sortir qu'un peu de sécrétion muqueuse, mais pas une goutte de pus. A part les douleurs, l'état général du malade restait bon, le pouls et

la température étaient normaux. Mais la persistance même des douleurs paraissait justifier une intervention chirurgicale qui consista dans une résection ostéoplastique de la paroi antérieure du sinus frontal droit, et dans l'écartement des os propres du nez. Le sinus était divisé en deux compartiments par une paroi osseuse, et dans chacun on a trouvé du pus et constaté un gonflement de la muqueuse. La paroi orbitaire, qui était usée par endroits, a été réséquée; la paroi cérébrale, au contraire, s'est montrée après un examen très approfondi, intacte.

Pendant les premières heures qui ont suivi l'opération, le malade allait bien, mais se plaignait toujours d'un mal de tête. Après une nuit assez agitée, il eut, le lendemain matin, une élévation brusque de la température, à laquelle est venu s'ajouter, dans l'après-midi, du délire, et le malade est mort trente-six heures après l'opération avec tous les symptômes d'une méningite. L'autopsie démontra qu'il s'agissait, en effet, d'une méningite suppurée, localisée surtout dans les fosses cérébrales antérieure et moyenne droites. La dure-mère de la fosse cérébrale antérieure droite était recouverte d'une couche fibrino-purulente qui allait en s'amincissant en arrière. La voûte osseuse du sinus frontal et la dure-mère, qui la recouvre, étaient très hyperémiées et traversées par de petits vaisseaux très fins; mais ni cette voûte, qui cependant était très mince, ni la lame criblée ne présentaient la moindre lésion.

Il paraissait donc établi que la méningite était consécutive à la suppuration du sinus frontal droit, mais on manquait complètement de données sur la voie qu'avait suivie l'infection. Ces données ont été fournies par l'examen microscopique de la dure-mère, examen qui a révélé l'existence, sur sa partie externe, sur celle qui correspondait à la voûte du sinus, de deux épaississements nodulaires qui étaient remplis de cocci. Un de ces épaississements était encapsulé, tandis que l'autre communiquait librement avec l'espace sous-dural. L'os était traversé de part en part par de fins vaisseaux qui établirent une communication entre le sinus et la dure-mère, et qui ont contribué à propager

l'infection. Il est possible que l'opération ait contribué à accélérer le processus, les secousses produites par le marteau ayant rompu les adhérences qui existaient entre la dure-mère et l'arachnoïde.

Toujours est-il que la méningite existait depuis longtemps et était probablement la seule cause des douleurs violentes et persistantes qui avaient tout le temps dominé la scène dans ce cas. C'es donc un symptôme dont il ne faut pas négliger l'importance, et il est possible que, si l'auteur avait, avant l'opération, soupçonné l'existence d'une méningite, il aurait été possible en intervenant à temps, de sauver le malade. (Tirage à part des *Verhandlungen der deutschen Otol. Gesellsch.*, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

OREILLES

Paralysie alterne de l'audition, par le Dr GELLÉ.

L'auteur a eu l'occasion d'observer chez un certain nombre d'hémiplégiques que les troubles auditifs (surdité, vertiges, otalgie), liés à des lésions des noyaux acoustiques protubérantiels, peuvent être localisés au côté opposé à celui de l'hémiplégie. Ces troubles auditifs sont tantôt isolés et tantôt associés à la paralysie d'un ou de plusieurs nerfs craniens. L'auteur en conclut que la signification du syndrome acoustique dans la paralysie alterne a une valeur égale à celle des syndromes de Millard-Gubler et de Weber pour établir l'existence d'une lésion de la protubérance. (Soc. de biologie, 23 nov. 1901, *in Semaine méd.*, n° 49, nov., 1901.)

Dr F. ARDENNE.

Un cas de pyohémie otitique guérie par l'ouverture du sinus et la ligature de la jugulaire (Extr. du *Jahresbericht der Kgl. Univ. Ohrenheilk. zu Halle*), par les Drs GRUNERT et SCHULZE.

Femme de trente-trois ans. Otorrhée à droite depuis son enfance, ayant donné lieu, deux fois, à des accidents de rétention dans les huit dernières années. La suppuration aurait augmenté depuis quatre semaines; douleurs, perte d'appétit, bourdonnements, fièvre.

Température 38°5. Pouls à 102. Induration du sommet gauche. Rien ailleurs. Paralysie faciale gauche. Large per-

foration à droite, obstruée par des granulations descendant de l'attique. Légère chute de la paroi postéro-supérieure. Œdème et rougeur rétro-auriculaire.

Evidement pétro-mastoïdien. L'antre agrandi est rempli de granulations et de masses cholestéatomateuses. La dure-mère est à nu un peu en dehors du tegmen. Plus d'enclume; le marteau est carié. Le facial est à découvert. Pas d'autoplastie à cause de l'infiltration excessive des parois du conduit.

La température tombe, mais ne revient pas à la normale pendant les quatre premiers jours. Le cinquième et le sixième elle remonte de nouveau; la malade se plaint de douleurs vésicales; l'urine est trouble et contient nombre de cellules épithéliales; quelques lavages de la vessie et des pansements humides calment la douleur. Le soir, la température monte subitement de 37°2 à 39°4, pas de frissons. Le lendemain, températures irrégulières, sauts brusques de 37° à 41°; légers frissons; sueurs.

Trépanation vers le sinus. L'os est infiltré d'un pus peu abondant. La paroi sinusienne, peu décolorée, est mise à nu dans une étendue de 4 centimètres. Ligature double de la jugulaire; ligature de la faciale. Incision du sinus; l'hémorragie trop forte empêche de voir s'il y avait thrombose pariétale. Tamponnement. Autoplastie du conduit.

La température oscille encore de 39° à 40° et même 40°5 pendant quatre jours. Selles diarrhéiques; quelques légers frissons; somnolence; plus de douleurs. Le cinquième jour frisson intense d'un quart d'heure. Légère toux. Respiration superficielle. Le lendemain, pansement. Collapsus; pouls très petit; respiration artificielle. Injection d'huile camphrée. La somnolence persiste.

Ce n'est que le quinzième jour post-opératoire que la fièvre tombe définitivement. Un mois après la malade quitte l'hôpital en bonne voie de guérison.

Schwartze admet qu'il y avait déjà infection par le sinus dès l'entrée de la malade. L'absence de tout symptôme caractéristique et la température de 38°5 ne pouvaient cependant que faire penser à une rétention mastoïdienne.

Il est vrai que la température ne revient pas à la normale, qui pouvait d'ailleurs être mis sur le compte du catarrhe vésical intercurrent. L'exploration du sinus ne fut indiquée que par les oscillations brusques de la température. On ne trouve pas d'abcès périsinusien; l'ouverture du sinus s'imposait donc et ceci malgré l'absence de frissons caractéristiques. L'hémorragie seule n'a pas permis de constater une thrombose pariétale fort probable. Cependant, et malgré la ligature veineuse, l'absorption des toxines n'est pas arrêtée; la fièvre dure encore quinze jours, bien que la courbe en descende de jour en jour. Il n'y a pas eu de métastase pulmonaire bien nette; la toux et la légère gêne de la respiratoire n'ont duré que peu de temps. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, LIV, nos 1 et 2, p. 68-71.) Dr BERTEMES.

NOUVELLES

— **Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.** — Par suite du décès de M. GOUGUENHEIM, les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* seront désormais publiées par **M. le Dr Lermoyez**, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, et **M. le Dr Sebileau**, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, qui se sont rendus acquéreurs du journal, avec la collaboration de MM. les Drs LAURENS et LOMBARD, assistants d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, secrétaires de la rédaction.

Désormais, les publications périodiques, les livres à analyser et, en général, toutes les communications relatives à la RÉDACTION doivent être adressés au Secrétariat du journal, chez M. le Dr LOMBARD, 56, rue de Rome, Paris (8e arr.). Tout ce qui concerne l'Administration continuera, comme par le passé, à être adressé à MM. MASSON ET Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e arr.).

La nouvelle direction a l'honneur de prévenir ses abonnés qu'en raison du retard apporté par les délais de mise en adjudication du journal, les numéros de janvier et de février ne leur seront distribués, par exception, qu'à la fin de février.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNÉE. N° 6. 8 FÉVRIER 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DE LA SUTURE IMMÉDIATE DES VOIES AÉRIENNES
APRÈS LES OPÉRATIONS
PRATIQUÉES SUR LA TRACHÉE ET LE LARYNX[1]

Par le Dr E. J. MOURE
Chargé du cours de laryngologie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les chirurgiens ayant eu l'occasion de pratiquer des opérations sur le larynx ou la trachée, par la voie externe, savent que, de toutes les complications, les plus fréquentes et les plus redoutables sont sans contredit les infections broncho-pulmonaires immédiates ou secondaires. Différentes causes peuvent être invoquées pour expliquer l'apparition de ces phénomènes infectieux : tantôt c'est la pénétration du sang dans les voies aériennes pendant l'intervention qui, le traumatisme aidant, devient le point de départ des complications observées ; tantôt c'est l'introduction directe de l'air froid extérieur, non tamisé et non réchauffé, qui occasionne la lésion pulmonaire. Souvent enfin c'est l'infection presque obligatoire de la plaie canulaire qui engendre des altérations plus profondes, légères dans quelques cas, mais susceptibles dans d'autres d'entraîner la mort de l'opéré.

J'ai eu ainsi à regretter un décès par broncho-pneumonie double chez un enfant de quatorze mois que j'avais trachéoto-

1. Communication faite en partie au Congrès français de chirurgie, octobre 1901.

misé pour extraire un corps étranger (graine de melon) introduit dans ses voies aériennes. L'opération avait parfaitement marché; selon l'ancienne habitude, j'avais cru devoir placer dans l'intérieur de la trachée une canule, afin d'assurer la respiration et la sortie des mucosités. Il faisait froid le jour de l'opération; quarante-huit heures après, je pus constater les signes d'une broncho-pneumonie double, étendue à la presque totalité des deux poumons, qui enleva rapidement le petit bébé. Je me promis dès lors de modifier ma méthode opératoire, et dans les autres opérations de ce genre de ne plus mettre de canule, une fois le corps étranger supprimé.

A quelques jours de cette opération, j'eus l'occasion de voir un autre enfant, âgé de sept ans, cette fois, porteur depuis sept à huit jours d'un noyau de prune dans le conduit trachéal; il présentait les signes classiques des corps étrangers mobiles dans cette région; le bruit de clapet était des plus caractéristiques, ainsi que le son de toux étouffée si particulier à ces sortes de cas. Conformément à ce que je viens de dire, je pratiquai la trachéotomie dans une chambre bien chauffée. Une fois l'ouverture des voies aériennes faite, les lèvres de la plaie trachéale furent maintenues ouvertes à l'aide de deux écarteurs ayant la forme d'épingles à cheveux recourbées, et le noyau fut expulsé pendant un effort de toux. Je me bornai alors à laisser simplement les bords de l'incision s'agglutiner et se fermer seuls sans mettre de canule, après avoir cependant placé deux points de suture au crin sur la partie supérieure de l'incision cutanée. Un pansement stérilisé fut ensuite appliqué sur le cou. Les suites furent tout à fait normales; dès le lendemain, l'enfant reprenait sa vie ordinaire, et sept à huit jours après, les points de suture ayant été enlevés, l'enfant put regagner son domicile, parfaitement guéri.

Pendant l'année qui vient de s'écouler, j'ai eu encore l'occasion de traiter quatre nouveaux cas de corps étranger des

voies aériennes; le premier concerne un garçon de sept ans et demi, ayant encore lui aussi un noyau de prune dans l'intérieur du conduit trachéal. Les choses se passèrent comme dans le fait que je viens de signaler, sans le moindre incident.

Le second cas, un peu plus intéressant, concerne une fillette, âgée de huit ans, s'étant introduit dans l'intérieur des voies aériennes un corps étranger dont la nature ne put pas être déterminée par la famille[1]. Au moment où se produisit l'accident, la fillette mangeait de la crème dans laquelle elle venait de mettre un morceau de pain; il s'agissait de savoir si on se trouvait en présence d'un morceau de croûte ayant pénétré dans les voies aériennes ou si, au contraire, on avait affaire à une autre sorte de corps étranger. La radioscopie, que je fis pratiquer par mon confrère le professeur Bergonié, démontra l'existence, dans l'espace sous-glottique, d'une sorte de corps noir faisant l'office de clapet; c'était évidemment la cause de la gêne respiratoire. La trachéotomie immédiate fut décidée, et le soir, à dix heures, sous chloroforme, bien entendu, je pratiquai l'opération. Une fois les lèvres du conduit trachéal écartées, l'enfant n'expulsa aucun corps étranger. Me basant alors sur les renseignements fournis par la radioscopie, je passai une sorte de cuillère mousse recourbée[2] vers la partie supérieure de l'ouverture trachéale jusqu'au-dessous des cordes vocales. Je pus extraire ainsi, dès la première tentative, un morceau de caramel carbonisé ayant une surface plate d'environ 6 à 7 millimètres carrés. Je fis de nouvelles tentatives avec ma curette pour m'assurer que tout était bien enlevé; puis, obturant l'orifice artificiel fait à la trachée avec le doigt et des compresses, je m'assurai que la respiration laryngée

1. Cette observation a été communiquée par le Dr Brindel à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux et publiée en détail dans la *Revue*, p. 273, vol. I, 1901.

2. Cette cuillère est celle que j'ai fait construire pour pratiquer la cure radicale de la sinusite maxillaire.

s'effectuait normalement. Ceci fait, je ne plaçai pas de canule dans le conduit trachéal, laissant les lèvres de cette plaie s'affronter l'une à l'autre; par contre, je suturai la plus grande partie de mon incision cutanée ne laissant qu'un léger pertuis dans le point correspondant à l'incision des anneaux de la trachée. Les vomissements et la toux qui suivirent l'intervention déterminèrent dans la nuit un léger emphysème remontant jusqu'au niveau de la joue droite; mais cette complication céda rapidement en faisant sauter un des points de suture inférieurs. Puis les bords de la plaie s'agglutinèrent rapidement, et trois ou quatre jours après la fillette pouvait être considérée comme guérie.

Dans les deux autres cas, il s'agissait encore, chez un enfant de huit ans, d'un noyau de prune, et chez un autre de trois ans, d'un caillou. Le premier corps étranger avait séjourné plus de seize jours dans la trachée, car le médecin traitant ignorait son existence, et le second, quinze jours, les parents ne pouvant se décider à une intervention.

Dans les deux cas, par conséquent, il existait de l'irritation de la muqueuse des voies aériennes supérieures, un peu de trachéite, presque de la suppuration et même de la bronchite des grosses bronches chez le plus âgé. Malgré ces circonstances un peu plus défavorables, non seulement, une fois le corps étranger extrait, je ne plaçai pas de canule, mais je *fis la suture immédiate des lèvres de la plaie trachéale,* à l'aide d'un catgut très fin placé tout à fait à la surface du fibro-cartilage. J'accolai ainsi les deux lèvres de l'incision, puis je suturai sur le second plan les muscles et enfin la peau, laissant à la partie inférieure, c'est-à-dire dans la région qui devait se trouver en face de l'ouverture du conduit aérien, une boutonnière sans suture. Malgré quelques quintes de toux et les efforts de vomissements consécutifs au chloroforme, je n'observai pas d'emphysème, et douze heures plus tard la plaie opératoire était réunie; vingt-quatre heures après l'intervention, les enfants pouvaient quitter la maison de

santé, complèlement guéris, ne conservant plus, par précaution, qu'un petit pansement stérilisé. Les choses se passèrent dans ces cas absolument comme si je n'avais fait aucune sorte d'opération.

Voici, du reste, l'observation détaillée de l'un de ces enfants.

OBSERVATION I. — *Caillou dans la trachée d'un enfant de trois ans et demi; trachéotomie; extraction; suture immédiate de la trachée; guérison* (recueillie et rédigée par le Dr BRINDEL).

Mlle X..., âgée de trois ans et demi, est envoyée à la clinique de la Faculté par le Dr Lafarelle pour corps étranger des voies aériennes introduit depuis quinze jours. Accès de suffocation au moment de l'accident. Puis tolérance jusqu'au jour de l'examen, sauf toux étouffée, bruit de clapet très net et un peu de bronchite les derniers jours.

La radiographie ne donne rien. A la radioscopie on aperçoit très nettement le corps étranger dans la trachée, au moment de la toux seulement. Il vient alors buter brusquement contre les cordes vocales et descend ensuite lentement vers la partie inférieure du conduit aérien. Le corps apparaît très opaque, et on peut, en le regardant dans deux sens différents, de face d'abord, de profil ensuite, en ayant soin de bien faire avancer le cou en projetant le menton en haut, conclure qu'il a une forme aplatie.

Chloroformisation le soir à quatre heures et demie. Après incision de la trachée et écartement des deux lèvres, avant qu'on ait eu le temps de le saisir (car il apparaît immédiatement), le caillou est expulsé brusquement dans un effort de toux.

Suture superficielle des lèvres de la trachée sans perforation des parois et suture musculo-aponévrotique au catgut, suture de la peau. La peau et le plan sous-jacents ne sont pas réunis sur une longueur de un centimètre vers l'angle inférieur de l'incision.

Dès le lendemain tout est réuni par première intention. Aucun incident : ni toux, ni vomissements, ni fièvre, ni emphysème. Le troisième jour, la fillette est transportée chez elle à Parempuyre.

Vers le huitième jour, elle fait un petit abcès superficiel, sous-cutané, provoqué par le frottement de sa cravate sous laquelle elle passe le doigt. La sonde cannelée met à découvert le foyer et la guérison est totale trois jours plus tard.

La fillette n'a jamais cessé de parler ni d'avaler. Elle n'a jamais éprouvé la moindre douleur après l'opération.

Voici donc une première catégorie de malades chez lesquels j'ai cru devoir pratiquer la réunion immédiate du conduit aérien. Il n'y a, du reste, aucune espèce de raison pour que les opérés de ce genre ne reprennent pas immédiatement après l'intervention leur respiration normale par les voies supérieures. On évite ainsi l'infection presque certaine de la trachée et les autres complications plus redoutables et plus profondes dont j'ai parlé plus haut.

La seconde série est beaucoup plus intéressante à mon sens, car il s'agit d'opérations faites pour des épithéliomas du larynx enlevés par la thyrotomie médiane ou, pour parler plus exactement, par la trachéo-thyrotomie. Dans ces cas, les chirurgiens qui ont eu des insuccès les doivent presque tous aux broncho-pneumonies infectieuses qui surviennent peu de temps après l'opération.

Deux fois, cette année, j'ai pratiqué l'ouverture des voies aériennes pour des tumeurs malignes occupant les cordes vocales inférieures (épithélioma pavimenteux lobulé), tumeurs très circonscrites, cela va sans dire, n'ayant encore déterminé autour d'elles aucune sorte d'infiltration périphérique.

Nous savons qu'à l'heure actuelle, en pareil cas, les laryngologistes sont d'accord pour conseiller et pratiquer non l'extirpation totale de l'organe, qui est le plus souvent inutile et fort grave, mais l'ablation simple et complète du néoplasme implanté dans le larynx. Si l'opération est faite assez hâtivement pour que la tumeur n'ait pas encore dépassé la limite des rubans vocaux, et à plus forte raison n'ait pas envahi la région aryténoïdienne, l'opération offre bien des chances de succès, ainsi qu'il résulte des statistiques de Semon, de Goris, etc., et des faits que j'ai moi-même publiés.

Autrefois, avant de pratiquer la thyrotomie médiane, on faisait la trachéotomie huit à dix jours avant l'ouverture du larynx, de manière, disait-on, à habituer le malade au port

de sa canule. Il y a déjà bien des années que je crois avoir fait justice de cette erreur et conseillé de pratiquer la trachéo-thyrotomie en un seul temps.

Il est encore actuellement de règle de placer, au moins pendant l'opération, dans l'intérieur du condult trachéal, la canule-tampon de Trendelenburg, ou celle de Hahn. Il me paraît que ces deux instruments remplissent en général assez mal leur rôle, et dans tous les cas deviennent souvent des causes d'infection; aussi est-il préférable, je crois, de les supprimer. Si l'opérateur a une certaine habitude de ces sortes d'interventions, il lui suffit de placer le malade dans une position déclive ou de prendre certaines précautions au moment d'ouvrir le larynx, pour qu'il devienne inutile de faire usage de ces canules spéciales à fonctionnement souvent aléatoire, et, dans tous les cas, à introduction généralement difficile. Le lecteur verra toutefois dans la première de mes observations que j'ai placé une canule de Trendelenburg dans la trachée; c'est même grâce à elle que j'ai apporté à ma technique opératoire le perfectionnement que je viens de signaler.

Bien que la plupart des opérateurs fassent aujourd'hui la trachéo-thyrotomie en un seul temps, beaucoup d'entre eux, une fois l'opération terminée, bourrent encore la cavité laryngienne de gaze iodoformée, ou simplement stérilisée, craignant une hémorragie secondaire ou d'autres accidents. La présence de ces corps étrangers dans l'organe vocal provoque d'abord une irritation de voisinage et souvent aussi des accidents septiques; aussi, depuis longtemps ai-je préconisé et fait la réunion immédiate complète du thyroïde et d'une portion de l'incision trachéale; mais toujours, à l'exemple de mes confrères, j'avais cru nécessaire de laisser dans la trachée une canule destinée à assurer la libre respiration du malade pendant les premiers jours qui suivent l'opération. C'est cette dernière partie de ma technique que je viens de modifier, et c'est sur ce point important que j'attire l'attention de mes

confrères. Je rapporterai à ce sujet et avec quelques détails deux observations concernant mes derniers opérés.

Obs. II. — Il s'agit, dans ce cas, d'un malade âgé de cinquante-trois ans, très sanguin, à cou court, albuminurique et diabétique (54 grammes de sucre par litre, urinant environ 2 litres par vingt-quatre heures et 20 à 25 centigrammes d'albumine en moyenne par litre d'urine). J'avais donc à redouter ici très sérieusement des accidents septiques du côté du poumon, et j'étais bien décidé à ne laisser ma canule dans la trachée que très peu de temps après mon opération ; mais, comme je le disais plus haut, les événements en décidèrent autrement. En effet, une fois la thyrotomie pratiquée, d'après le procédé que j'ai décrit il y a déjà bien des années, le malade ayant été rapporté dans son lit, la personne qui le gardait remarqua qu'il parlait comme s'il n'avait pas de canule. Malgré cela, la respiration n'était nullement gênée, nullement modifiée; presque aucune mucosité ne sortait par l'orifice trachéal, ce qui également étonna beaucoup la garde. De telle sorte que lorsque je revins, le soir, voir mon opéré, elle me fit part de son impression. Examinant alors le malade, je pus, en effet, m'assurer que la canule était non dans le conduit aérien lui-même, mais dans les tissus prétrachéaux.

Je pratiquai alors l'examen laryngoscopique pour m'assurer que la respiration par le larynx s'effectuait normalement. N'ayant constaté de ce côté qu'une légère infiltration œdémateuse, avec une immobilisation *incomplète* de la corde vocale du côté opéré, je pris le parti de supprimer la canule, quitte à être obligé de la remettre s'il survenait des accidents asphyxiques. Je laissai du reste auprès de mon opéré un aide intelligent, capable au besoin d'accomplir cette manœuvre pendant la nuit si la chose devenait nécessaire.

Tout se passa d'une façon normale; dès le lendemain, les lèvres de la plaie étaient en partie agglutinées, et c'est à peine s'il passait quelques mucosités par mon incision trachéale. Les suites opératoires furent alors des plus simples : le malade n'eut pas la moindre trachéite, pas le moindre accès fébrile, et il quitta, dix à douze jours après, la maison de santé complètement guéri. Toutefois, il fit, quelques jours plus tard, par le larynx sans aucun doute, une petite infection secondaire de sa plaie thyroïdienne qui suppura pendant plusieurs mois. Cette suppuration s'explique du reste facilement, car j'avais pratiqué une résection partielle du cartilage thyroïde, dont les deux lames ne s'affrontaient pas très exactement, malgré

les soins que j'avais pris pour bien les réunir à l'aide d'un fort catgut.

Ce malade, opéré depuis le mois de décembre 1900, ne présente encore aucune trace de récidive (15 janvier 1902).

La sortie de ma canule s'explique aisément. J'avais, en effet, pour plus de sécurité opératoire, placé la canule de Trendelenburg, dont je ne gonflais pas la poire, du reste; aussi, lorsque, après l'ablation de la tumeur, je mis une canule ordinaire (n° 7 de Mathieu), mon incision trachéale se trouvait être beaucoup trop grande pour ce nouveau tube. Ainsi s'explique sa sortie pendant le transport du malade de la salle d'opération dans son lit. Comme on le voit, c'est un incident qui m'a servi à modifier ma façon d'agir, car, à partir de cette époque, je résolus de supprimer définitivement la canule une fois l'opération terminée; c'est ce que je fis dans le cas suivant :

Obs. III. — Le 20 juillet dernier, j'eus l'occasion de voir un malade, âgé de cinquante-six ans, atteint lui aussi d'un épithélioma de la corde vocale inférieure droite (diagnostic histologique), auquel je proposai la trachéothyrotomie pour le débarrasser de sa tumeur. L'opération, acceptée, fut pratiquée le 1er août 1901, de la même manière que dans l'observation II, sans toutefois faire usage du Trendelenburg. Une fois la trachéotomie faite et la respiration assurée par une canule ordinaire, j'incisai d'abord verticalement et sur sa partie médiane, la membrane crico-thyroïdienne. J'introduisis ensuite par cette ouverture dans l'intérieur du conduit trachéal, c'est-à-dire au-dessus de ma canule, une lanière de gaze stérilisée, imprégnée d'une solution de cocaïne au 1/10e, destinée à former tampon et à empêcher le sang de pénétrer plus avant dans les voies aériennes; ceci fait, je coupai le thyroïde sur la ligne médiane avec les cisailles que j'ai fait construire pour cet usage; puis, les deux lames de ce cartilage ayant été écartées comme d'habitude, j'enlevai la tumeur à l'aide du bistouri et des ciseaux. L'opération ayant été terminée par un curettage soigneux de la région atteinte, je cautérisai profondément au thermocautère le point d'implantation du néoplasme, dont je dépassai la limite. Puis, l'hémostase étant parfaite, je refermai mon conduit *laryngo-trachéal tout*

entier, de haut en bas, assurant la coaptation parfaite des lèvres du thyroïde à l'aide de deux catguts et celle des anneaux de la trachée à l'aide de catguts plus fins placés à leur surface. L'affrontement de l'arbre aérien étant ainsi fait, je réunis également au catgut le plan musculaire sus-jacent, et au crin les lèvres de mon incision cutanée ; toutefois, comme je le fais pour les cas de corps étranger des voies aériennes, je laissai à la partie inférieure une petite boutonnière cutanée correspondant à une partie de l'incision trachéale. Les choses se passèrent ici d'une façon très simple : ma plaie s'agglutina rapidement, et sauf un peu d'infection secondaire au niveau de la partie inférieure, dans laquelle avait été placée la canule pendant l'opération, il ne se produisit aucune sorte d'incident inflammatoire : pas la moindre trachéite consécutive, pas la moindre élévation de température, à tel point que le soir et le lendemain de l'opération, le thermomètre ne dépassait pas $37^{o}5$.

Au point de vue laryngien, voici ce que j'observai : vingt-quatre heures après l'opération, le malade se sentit un peu gêné pour respirer, et bien qu'il n'eût ni cornage ni tirage, il était facile de s'assurer, à l'examen laryngoscopique, que non seulement la corde vocale du côté opéré était immobilisée sur la ligne médiane, que l'aryténoïde et le repli ary-épiglottique de ce côté étaient fortement infiltrés, mais aussi que la corde opposée, sur laquelle je comptais pour assurer la respiration, était, comme sa congénère, immobilisée sur la ligne médiane. C'est à peine si cet aryténoïde subissait de très légères oscillations et s'écartait légèrement pendant l'inspiration forte. De plus, la bande ventriculaire du côté cautérisé était rouge, tuméfiée et surtout recouverte d'une eschare blanchâtre qui contribuait à rétrécir l'orifice glottique. Un moment, je craignis d'être obligé de replacer le tube canulaire pour assurer la respiration parfaite du malade ; néanmoins, je me bornai à laisser un aide intelligent auprès de lui et à prescrire une potion au benzoate de soude. Dès la seconde nuit qui suivit l'opération, le malade expulsa dans un effort de toux un exsudat pseudo-membraneux inflammatoire, et très rapidement la respiration devint plus facile. A partir de ce moment, un mieux sensible se fit sentir, et j'eus la satisfaction de voir l'œdème inflammatoire du repli ary-épiglottique diminuer notablement ; de plus, la corde vocale gauche (côté non opéré) commençait à reprendre ses fonctions, l'aryténoïde s'écartant pendant les mouvements d'inspiration. Dès lors, il n'y avait plus rien à craindre au point de vue respiratoire. Les suites furent alors normales, et douze jours après mon malade quittait la maison de santé en parfait état.

Un fait intéressant dans cette observation, en dehors de la technique opératoire adoptée, est la synergie fonctionnelle des deux cordes vocales constatée à l'examen laryngoscopique. En effet, théoriquement, il semble que lorsqu'on cautérise ou on gratte un côté du larynx, celui du côté opposé, n'ayant pas été touché, devrait suffire largement à assurer la respiration, car l'œdème inflammatoire se limite au côté opéré. Dans le cas précédent, la théorie a été en défaut, car, par synergie fonctionnelle sans aucun doute, la corde vocale indemne s'est placée elle aussi en position médiane, tout comme la partie lésée. Il survint dont, de ce fait, une certaine gêne respiratoire à la suite de l'intervention.

Toutefois, même en mettant les choses au pire, et en admettant que la sténose laryngée qui suit l'opération devienne suffisante pour entraîner l'asphyxie, il est bien aisé de faire sauter un ou deux points de suture de la peau et de la trachée, pour placer dans l'intérieur de ce conduit une canule dont l'introduction est d'autant plus simple qu'à ce moment il n'y a plus d'écoulement sanguin. D'un autre côté, l'ouverture du conduit aérien et des tissus pré-trachéaux est suffisamment large pour qu'on puisse manœuvrer à son aise. Comme l'asphyxie ne se produit jamais soudainement, car la sténose laryngée se fait graduellement, on a le temps de parer à cet accident. Au besoin, un aide intelligent laissé auprès du malade suffira pour assurer la parfaite sécurité de l'opérateur et de l'opéré.

Dès qu'à l'examen laryngoscopique on constate ou que l'eschare a été déglutie par le malade ou a été expulsée d'une façon quelconque, et dès que l'on voit l'infiltration diminuer et les aryténoïdes reprendre leur mobilité, on peut être alors complètement tranquille, car les phénomènes de sténose disparaissent pour toujours.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les avantages considérables que doit offrir la réunion immédiate et complète de la plaie

laryngo-trachéale dans les opérations de ce genre; c'est là une modification que je considère comme très importante. Cette manière d'agir a non seulement l'avantage d'éviter les complications dont j'ai parlé au début de cet article, mais aussi d'assurer la coaptation parfaite des lèvres de la plaie trachéale. En effet, lorsque cette dernière est abandonnée à elle-même, à plus forte raison lorsqu'on laisse une canule pendant quelques jours dans l'intérieur de ce conduit, les lèvres de l'incision chevauchent toujours l'une sur l'autre : il se fait une cicatrice rétractée, souvent un éperon intra-trachéal qui rétrécit plus ou moins le conduit aérien et peut, dans certains cas, exceptionnels il est vrai, devenir le point de départ d'une sténose cicatricielle.

Enfin, cette manière d'agir a l'avantage énorme de hâter considérablement la guérison définitive du malade. Mais il est bon de faire observer qu'il n'est pas absolument exceptionnel de voir, à quelques jours de l'opération, alors que l'on croyait le malade parfaitement guéri, se produire une réinfection de la région thyroïdienne, infection se faisant, sans doute, par la muqueuse du larynx mal soudée. Il résulte de cette inflammation secondaire une périchondrite partielle du cartilage thyroïde, quelquefois même un point de nécrose qui laisse persister, pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, un trajet fistuleux qu'il convient de soigner par des noyens appropriés. J'ai même vu ce trajet ne se cicatriser qu'après l'expulsion d'un petit séquestre thyroïdien qui était peut-être le résultat d'une fêlure du cartilage. On sait, en effet, combien le cartilage est friable chez les malades un peu âgés, et combien il est facile de le fracturer ou le fêler en écartant les deux lames pendant l'intervention. Quoi qu'il en soit, c'est là un petit incident post-opératoire n'ayant aucune gravité, il retarde simplement la guérison définitive du malade.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DU ROYAUME-UNI

Séance du 4 février 1901.

Sir W. B. Dalby, président.

M. Dundas Grant. — **Opération mastoïdienne radicale pour cholestéatome** *(Radical mastoïd operation for cholesteatoma).*

L'auteur en présente deux cas. Le premier était une femme âgée. Le procédé opératoire consista à conserver la membrane revêtante et à former un lambeau plastique de Koerner avec de la peau du cartilage sous-jacent; ceci avait pour but d'empêcher la récidive et de favoriser la formation d'un large conduit. La malade a absolument voulu quitter l'hôpital au bout de huit jours. Malheureusement, le repli cutané ayant été uni à une profondeur insuffisante, il s'y est formé un diaphragme avec un petit orifice. L'auteur a présenté ce cas comme un exemple d'insuccès du traitement post-opératoire, mais non pas comme démonstration du principe de conserver la membrane cholestéatomateuse.

Le second cas concernait un jeune homme opéré au mois de mars 1900. La membrane a été soigneusement conservée, le contenu de la cavité cholestéatomateuse gratté et la cavité passée au chlorure de zinc. Le malade a quitté l'hôpital dix jours après l'opération, et, un mois après, l'oreille a été trouvée complètement sèche. A l'examen, le jour de la démonstration, on a trouvé un peu de cérumen et une légère desquamation de la cavité, mais pas une goutte de pus.

M. C. Baber pense qu'il n'est pas toujours nécessaire de transplanter l'épithélium, car quelques cas guérissent sans cela.

M. Mc Bride est d'avis que le procédé de conserver la membrane revêtante de la cavité cholestéatomateuse est, en principe, un mauvais procédé. Selon lui, il y aura récidive.

M. Urban Pritchard croit qu'il est important de détruire toute trace de la membrane revêtante. Il nettoie la cavité avec de l'acide phénique pur. Dans le premier cas, il pense qu'une autre opération sera nécessaire.

M. Ballance partage le même avis quant au procédé opératoire

applicable au premier cas. D'après lui, ce n'est pas de bonne pratique que de laisser une portion de la membrane cholestéatomateuse.

M. Dundas Grant dit que la membrane cholestéatomateuse est une bonne imitation de la peau, l'inflammation desquamative étant favorisée par sa présence dans une cavité à col étroit, de sorte que la desquamation y a lieu exactement de la même façon que dans la dépression ombilicale d'une personne obèse. Cependant, quand la cavité est ouverte par une opération dans un canal large et peu profond et que la membrane est exposée à l'air, la surface se dessèche, la desquamation est réduite presque aux mêmes proportions que celle qui a physiologiquement lieu à la surface de la peau, et les produits trouvent une issue suffisamment libre pour devenir absolument inoffensifs. Il croit que la membrane d'un cholestéatome ne présente rien d'essentiellement malin et que le danger en est plutôt dans sa situation physique.

M. Milligan présente un homme ayant subi **une cure radicale mastoïdienne** pour une suppuration épitympanique chronique et des cellules mastoïdiennes. La cavité antro-tympanique a été greffée; la guérison eut lieu dans l'espace d'un mois et l'ouïe s'est améliorée d'une façon remarquable.

M. de Santi présente un malade opéré pour un cholestéatome, et un autre pour une mastoïdite avec gangrène des tissus mous profonds.

M. Saint-Clair Thomson montre un malade ayant subi une ossiculectomie pour une affection de l'attique.

M. Cheatle dit qu'il existe encore de la suppuration dans l'attique; il conseille d'en enlever la paroi externe.

MM. Mc Bride et Yearsley sont du même avis que M. Cheatle.

M. P. Macleod Yearsley présente un malade atteint d'une commotion du labyrinthe.

M. Ballance fait une communication sur **un cas fatal de pyohémie du temporal.** La portion pétreuse et une partie de l'occipital étaient presque complètement détruites. Pas de foyers de pyohémie secondaires nulle part ailleurs dans le corps.

M. Adolph Bronner présente des **préparations microscopiques d'un épithélioma du conduit auditif cutané** pris d'abord pour une affection mastoïdienne. Il fait ensuite quelques remarques sur les tumeurs malignes du conduit auditif externe, qui, d'après lui, sont beaucoup moins rares qu'on ne le croit et dont il a observé 5 ou 6 cas dans le cours de ces dernières années.

M. Ballance et Sir Dalby, par contre, considèrent ces tumeurs comme assez rares.

M. Tilley demande si, dans les cas observés par M. Bronner, l'hémorragie était un symptôme fréquent.

M. Urban Pritchard dit avoir rencontré quelques cas de tumeur maligne ayant pris naissance dans les tissus du conduit auditif.

M. A. H. Cheatle montre un spécimen et une **préparation microscopique d'un cas de tuberculose de la muqueuse de l'oreille moyenne chez un enfant.**

M. le Président relate le cas d'un homme blessé à la tête par une balle qui avait traversé le cerveau et le cervelet sans produire aucune lésion, excepté une perte unilatérale de l'ouïe.

M. Fagge fait une communication sur un cas d'**abcès extra-dural et cérébelleux.**

Séance du 11 mai 1901.

Présidence de M. Barr (Glasgow), vice-président.

Discussion sur l'ouverture et le drainage des abcès cérébraux et cérébelleux consécutifs aux suppurations de l'oreille moyenne *(Discussion on the opening and drainage of cerebral and cerebellar abscesses arising from middle-ear suppuration).*

M. Ballance ouvre la discussion et commence par quelques considérations générales sur la texture liquide du cerveau, la nature inextensible de son enveloppe osseuse, l'importance vitale de quelques-unes de ses parties et sur son inaccessibilité à un examen physique direct. Il montre ensuite qu'il est impossible de dire

d'avance quels sont le volume et le degré d'acuité de l'abcès, s'il est circonscrit ou diffus. Ce qui complique les choses et rend le diagnostic encore plus difficile, c'est le fait qu'un abcès du cerveau peut être parfaitement latent, autant que cela concerne les symptômes, et ceci est surtout vrai pour les abcès encapsulés. Lors même qu'ils ne sont pas encapsulés, les symptômes peuvent être extrêmement légers. Aussi, avec des symptômes très atténués, peut-il y avoir un abcès qui n'est pas encapsulé, mais qui a une tendance à fuser et à devenir chronique, comme dans un cas datant apparemment de huit mois et où l'on a trouvé un abcès non encapsulé. Un abcès aigu et un abcès chronique peuvent coexister ensemble.

Le traitement est basé sur les principes de chirurgie générale, la règle étant que le pus doit être évacué et la cavité drainée soigneusement; l'abcès, s'il est encapsulé, sera énucléé; mais, dans la plupart des cas, il n'y a pas de capsule. En l'absence de cette dernière, une incision large et un drainage sont tout indiqués; mais, ici, on se heurte à des difficultés à cause de la nature même de la substance cérébrale qui tend à se porter vers la surface de façon à obstruer l'ouverture et à fermer le reste de la cavité.

Pour ce qui est des détails de l'opération, le principal point est de supprimer la source locale d'infection; il est particulièrement nécessaire de stériliser le cuir chevelu du malade par des lavages successifs au savon éthéré, à l'eau stérilisée et à l'éther. Si l'opération n'est pas pratiquée d'urgence, on recouvrira les parties d'un pansement humide à la glycérine, contenant 1 pour 1,000 de sublimé. L'anesthésie doit être administrée avec les plus grandes précautions, en raison de la tendance à l'arrêt de la respiration dans les cas d'abcès cérébelleux, complication fâcheuse, qui oblige de pratiquer la respiration artificielle pendant l'opération. Pas de morphine, ni strychnine. L'incision des parties molles est faite de façon à tailler un lambeau à base inférieure et à rendre l'accès de l'os aussi large que possible. Un trépan de 5/8 de pouce de diamètre est celui qui convient le mieux. A l'aide de cet instrument, placé sur la région temporo-sphénoïdale, à 7/8 de pouce de la spina supra-méatum, on procédera à l'ouverture, de façon que celle-ci forme un parallélogramme mesurant 1 pouce 3/4 dans le sens antéro-postérieur et 1 pouce dans le sens vertical. Ainsi faite, cette ouverture permettra d'examiner non seulement la partie inférieure du lobe temporo-sphénoïdal, mais encore les parties profondes de l'os pétreux. Pour des abcès cérébelleux, cette tréphine sera appliquée au-dessous de la ligne de Reed, exactement en arrière du bord postérieur de l'apophyse mastoïde. L'ouverture pourra, au besoin, être

agrandie en bas et en arrière d'environ un pouce; au point de vue pratique, cela a l'avantage de faciliter l'examen de l'os avant d'ouvrir la dure-mère. On incisera cette dernière de façon à former un lambeau à base supérieure; on la ponctionnera d'abord avec la pointe d'un bistouri et on se servira de ciseaux pour agrandir l'orifice, en ayant soin de ne pas blesser les gros vaisseaux.

La découverte et l'incision de l'abcès sont, dans quelques cas, très faciles à cette phase de l'opération, car la dilatation peut révéler la présence d'un abcès sous-cortical; à défaut de cela, on fera une incision à l'aide d'un bistouri long et étroit, qu'on doit préférer à la ponction au moyen d'un trocart. Des cas ont été rapportés où le trocart a manqué l'abcès, soit en passant à travers sans le vider, soit en repoussant devant lui la capsule et faisant avorter la ponction. L'emploi du bistouri dans ce but a été déjà recommandé par Dupuytren, dont M. Ballance cite des passages intéressants. A défaut du bistouri, on introduira le doigt dans la substance cérébrale, et, dans quelques cas, c'est le seul moyen qui permette de découvrir un second abcès. Comme exemple, M. Ballance rapporte le cas d'un malade qui, après l'évacuation d'un abcès du cerveau, paraissait avoir guéri; mais, au bout de huit jours, il présenta de nouveau des symptômes d'abcès cérébral. La ponction des ventricules a amené un soulagement, mais le patient a succombé, et l'autopsie a montré que la mort avait été due à la coexistence d'un second abcès. Si celui-ci ne se ferme pas aussitôt, on pourra y faire des lavages avec une solution saline normale, stérilisée, à l'aide de deux canules, une d'entrée et l'autre de sortie.

L'auteur se prononce contre le tamponnement, à moins que l'ouverture ne soit très large et que la portion sus-jacente de l'écorce n'ait été complètement enlevée. En règle générale, on introduira un drain qu'on racourcira au fur et à mesure sans le déranger. Cependant, pour de petits abcès profonds, situés à la partie antérieure du cervelet, on pourra introduire un petit trocart en argent, légèrement recourbé, et une canule, cette dernière munie à son extrémité extérieure d'un aileron métallique qui l'empêche de s'engager trop loin en dedans. La pointe de ce trocart est aplatie et à bord tranchant, ce qui lui permet de perforer les capsules les plus denses. Le temps suivant de l'opération consiste à pratiquer dans le lambeau un orifice dont les dimensions seraient égales à celles de la cavité dans le cerveau, les bords primitifs du lambeau étant suturés en bas, le tout saupoudré de poudre antiseptique et recouvert d'un pansement à la gaze stérilisée.

Au cours de la période post-opératoire, on fera la plus grande

attention à la liberté du ventre. Dans le cas de hernie du cerveau, M. Ballance conseille d'exercer de douces pressions à l'aide de gaze antiseptique stérilisée, la hernie étant recouverte d'une couche de feuilles d'or. La récidive des symptômes indique une réaccumulation de pus ou la formation d'un nouvel abcès, les abcès du cervelet étant souvent multiples. Il ne faut pas oublier qu'il peut se développer une série de symptômes qui rappellent beaucoup la méningite ou la distension des ventricules, sans que celles-ci existent, et qu'en dépit d'eux le malade finit par s'en guérir.

En terminant, M. Ballance insiste, comme condition essentielle de succès, sur la nécessité pour l'opérateur de suivre le malade avec la plus grande attention pendant la période post-opératoire, sans se décharger de cette obligation sur des aides souvent peu expérimentés.

M. Urban Pritchard rappelle le conseil de M. Victor Horsley d'introduire trois drains, un d'entrée et deux de sortie.

M. Mc Bride décrit un cas qui, sous tous les rapports, paraissait être un cas typique d'abcès du cerveau ou du cervelet, mais où, ni à l'opération ni à l'autopsie, on n'a pu trouver trace d'une affection quelconque à laquelle la mort eût dû être attribuée.

M. Dundas Grant cite un cas d'abcès cérébelleux qui n'a pu être découvert, le trocart ayant manqué d'y pénétrer, et, à l'autopsie, on a trouvé une capsule presque aussi épaisse que la peau d'une figue. Dans un autre cas d'abcès, les deux lobes temporo-sphénoïdaux et les deux côtés du cervelet ont été explorés à plusieurs reprises. A l'autopsie, on trouva un abcès dans le lobe frontal droit. Quant aux injections, M. Grant conteste leur utilité et conseille en tout cas de ne les employer qu'avec les plus grandes précautions. Parlant du drainage des abcès temporo-sphénoïdaux par le tegmen tympani et l'antre, il se prononce contre ce procédé de drainage qui, selon lui, est dangereux, car il fait courir au malade les risques d'une réinfection par les cavités de l'oreille moyenne, très difficiles à stériliser. M. Grant soulève ensuite la question de savoir si ces cas sont du ressort du chirurgien général ou de l'auriste et opine en faveur du premier, mais il insiste sur la nécessité qu'il y a pour l'auriste d'être familier avec ce genre d'opération, qu'il peut être appelé à pratiquer en l'absence du chirurgien général, quand une intervention d'urgence est le seul moyen de sauver la vie du malade.

M. Secker Walker est d'avis que ces opérations devraient être exclusivement pratiquées par le chirurgien-auriste.

M. Cotterill partage l'avis de M. Grant; pour lui, le chirurgien

général possède seul les ressources nécessaires en cas de difficultés diverses et de situations atypiques qui peuvent surgir au cours de l'opération. Il insiste sur ce que, lorsqu'on a à explorer les lobes temporo-sphénoïdal et cérébelleux, la plaie exploratrice de l'un soit fermée avant la ponction de l'autre; cette précaution est nécessaire pour éviter l'inoculation de la partie saine. M. Cotterill préconise une ouverture large et l'emploi d'un drain pas plus petit que le petit doigt; l'exploration digitale est, selon lui, de la plus haute importance. Comme une des complications susceptibles de se produire, il mentionne les troubles cérébelleux de la respiration. Il considère la hernie du cerveau comme une soupape de sûreté dont l'existence indique une haute pression intra-cranienne; sa présence est une indication pour l'agrandissement de l'ouverture osseuse.

M. Logan Turer cite la statistique d'Hammerschlag, qui comprend 170 cas, dont 106 explorés par la portion squameuse, avec 40 guérisons, et 64 explorés par le tegmen, avec 31 guérisons; les chiffres sont donc en faveur de ce dernier mode d'exploration.

M. Nicol approuve d'aborder les abcès par l'orifice mastoïdien, et, afin d'empêcher le pus de fuser dans les méninges, il conseille de faire l'opération en deux phases : le cerveau ne sera ouvert que quelques jours après quand les méninges auront formé des adhérences et que les symptômes ne seront pas trop menaçants pour permettre ce délai. Il rapporte un cas où le trocart, ayant pénétré dans l'abcès, a amené juste assez de pus pour infecter l'arachnoïde, près de la pointe de l'os pétreux. Quant aux lavages de l'abcès, s'ils ont une utilité pratique, on ne doit commencer à en faire que huit jours après l'opération.

M. Hugh Jones approuve le procédé d'évacuation par le tegmen tympani.

M. Milligan ajoute une grande importance à l'examen bactériologique du contenu de l'abcès, car il peut indiquer l'emploi du sérum antitoxique. En ce qui concerne les anesthésiques, il croit que l'administration d'une forte dose de brandy une demi-heure avant l'opération est la meilleure sauvegarde contre des troubles respiratoires d'origine cérébelleuse. Il est aussi d'avis que de précieux renseignements peuvent être fournis par une exploration attentive des parois de la cavité formée par l'opération mastoïdienne. Il est en faveur d'une contre-ouverture par le tegmen, au travers duquel on insérera un second drain, et demande des indications précises sur le moment d'intervenir. Dans un cas observé par lui, les symptômes cérébelleux s'étaient tellement amendés que l'opération a été ajournée, mais le malade est mort subitement au

milieu de phénomènes de troubles cérébraux. La présence d'une hernie du cerveau est, d'après lui, une indication pour l'ablation d'une plus grande quantité d'os.

M.. Ballance, en réponse, formule des objections contre une ouverture par le tegmen pour évacuer un abcès du cerveau, à moins qu'on n'ait la certitude absolue que cet abcès existe. Ce procédé peut cependant être utilisé avec avantage après que l'abcès aura été déjà ouvert par la paroi externe. Il rejette absolument les injections, excepté dans les cas chroniques. Sa méthode d'enlever l'écorce formant la paroi externe de l'abcès consiste à lier celle-ci à l'aide d'une aiguille recourbée armée d'un fil de soie stérilisé. Il partage l'avis de M. Cotterill en ce qui concerne les précautions à prendre dans les cas d'exploration isolée. M. Ballance s'élève ensuite contre la tendance de vouloir faire passer ces opérations dans le domaine exclusif de la chirurgie générale. Pour ce qui est du moment d'intervenir, il croit qu'aussitôt que les symptômes indiquent une extension du mal au delà de l'os temporal, on doit procéder à l'opération sans délai.

Trivas.

ANALYSES DE THÈSES.

Des modifications du vertige voltaïque dans les otopathies, par le Dr W. Cros.

Le passage d'un courant continu de 0 à 8 milliampères d'une apophyse mastoïde à l'autre chez un sujet sain provoque un vertige expérimental dit : vertige voltaïque.

On peut employer deux procédés pour provoquer ce vertige : le premier consiste à fermer et à ouvrir brusquement le courant (méthode de Babinski); le deuxième consiste à soumettre le sujet à l'action du courant pendant 10 à 15 secondes, période durant laquelle l'intensité du vertige va en augmentant (méthode d'Escat). Les réactions obtenues par ce dernier procédé sont manifestement plus nettes.

Le vertige est caractérisé par une inclination de la tête et du corps entier du côté de l'électrode positive, que cette électrode soit placée à droite ou à gauche. La direction de l'inclination n'est pas seulement latérale, mais un peu antérieure. Elle augmente progressivement du commencement

à la fin de l'expérience, qui dure environ de 10 à 15 secondes. Elle est plus sensible dans la position debout que dans la position assise. Elle est encore plus sensible si le sujet en expérience tient les yeux fermés et les talons rapprochés, comme dans la recherche du signe de Romberg. Elle s'exagère brusquement au moment de l'interruption du courant, et s'accompagne, à ce moment, d'une légère sensation lumineuse.

Chez les sujets atteints d'otopathie unilatérale, qu'il s'agisse d'une lésion ou d'un simple trouble dynamique, la formule normale du vertige voltaïque est modifiée. L'inclination se fait ordinairement (5 fois sur 6) du côté de l'oreille malade, ou est plus prononcée de ce côté que de l'autre, quel que soit le sens du courant.

Chez les sujets atteints d'otopathie symétrique mais inégale, l'inclination se fait généralement (28 fois sur 36 cas) du côté le plus atteint, quel que soit le sens du courant.

L'intensité de l'inclination n'est pas proportionnelle à l'intensité du trouble otopathique.

Les lois précédentes ne souffrent que de rares exceptions. Dans quelques observations contenues dans le travail de M. Cros, pour des raisons encore obscures, la formule pathologique est négative ou même inversée.

Une lésion strictement localisée à l'oreille externe ne semble faire subir aucune modification à la formule normale du vertige voltaïque.

Les variations de la formule otovoltaïque ne permettent pas encore de différencier une lésion de l'appareil de transmission d'une lésion de l'appareil de perception.

Certains troubles et certaines lésions otiques paraissent modifier la résistance électrique. En effet, quelques observations confirment la règle déjà observée pour d'autres tissus de l'économie, que la conductibilité électrique est augmentée dans les états congestifs de l'oreille interne et dans les réplétions de l'oreille moyenne par un exsudat, et que, d'autre part, elle est diminuée dans les dégénérescences fibreuse et calcaire, si fréquentes dans la sclérose auriculaire.

En résumé, le vertige voltaïque semble appelé à constituer un réactif sémiologique de quelque valeur en otologie. (Thèse de Toulouse, 1901.) Dr E. ARDENNE.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Nevrectomies dans un cas de névralgie du lingual d'origine traumatique, par le Dr VAN SWIETEN

C'est la relation d'un cas observé dans la clinique du Dr Goris. Les douleurs intolérables de la malade empêchaient le sommeil, la mastication et l'articulation des sons. Il y a une dizaine d'années, à la suite d'une infection d'origine dentaire, il s'était formé, du côté gauche, un vaste abcès avec fistules multiples allant jusque tout près de la clavicule. Deux opérations avec élimination de séquestres, amenèrent une guérison temporaire. En juin 1900 apparaît sur la langue un point douloureux au niveau des premières molaires gauches. L'avulsion des dents, dont le contact était insupportable, ne parvint pas à calmer les douleurs qui s'irradiaient vers les oreilles et la gorge. L'opération, pratiquée au mois d'avril, consista dans la résection de deux tronçons nerveux, de 2 centimètres de longueur chacun, l'un dans le sillon gingivo-lingual, sous la muqueuse; l'autre au bord antérieur du masséter, devant le ptérygoïdien interne. La première incision avait permis d'enlever une esquille osseuse qui se trouvait en contact avec le nerf. Malgré la prompte cicatrisation, sous un pansement au collodion, les douleurs reparurent immédiatement. Avait-on affaire à de l'hystérie ou bien s'agissait-il d'anastomoses, soit avec l'hypoglosse, soit avec le lingual du côté opposé?

Le Dr Goris pratiqua une nouvelle intervention consistant dans l'enlèvement de la muqueuse sensible en entamant largement le muscle à 1 centimètre et demi de profondeur sur une longueur de 3 centimètres. Au bout

de quatre jours la cicatrisation était obtenue et les douleurs ne sont plus revenues. L'usage de la parole est facile et ne s'accompagne plus de fatigue. (*Annales de l'Institut chir. de Bruxelles,* n° 10, 15 octobre 1901.) Dr A. CAPART fils.

OREILLES

Mastoïdite aiguë dans le cours d'une pneumonie. Trépanation. Thrombose du sinus et de la jugulaire non diagnostiquée pendant la vie. Septicémie à la suite d'endocardite ulcéreuse. Mort (Extr. de *Jahrest. der Kgl. Univ. Ohrenkl. zu Halle*), par les Drs GRUNERT et SCHULZE. Obs. IV.

La maladie commence avec tous les symptômes d'une pneumonie très nette : fièvre, crachats, toux, douleurs dans le côté droit; dix jours après, l'oreille droite se prend, et la mastoïde est sensible à la pression. A l'entrée de la malade, aucun signe de thrombose du sinus. La mastoïde restant sensible et les douleurs de tête augmentant, on fait la trépanation. Le sinus, mis à nu, n'est pas trouvé malade; l'apophyse est remplie de pus et de fongosités; on établit un bon drainage. La température continue à être anormale pendant quatre jours, ce qui est mis, avec raison, sur le compte de l'affection pulmonaire, d'autant plus que la chute de la température correspond à une amélioration très nette du côté des symptômes objectifs : le souffle disparaît, il y a maintenant de nombreux râles, la matité diminue.

Deux jours après, la fièvre reparaît pour durer de nouveau une quinzaine, pendant laquelle évolue une nouvelle pneumonie récidivante du lobe inférieur. On incise pendant ce temps un abcès de la région lombaire. A ce moment la plaie rétro-auriculaire ne suppure pour ainsi dire plus.

Une nouvelle période apyrexique, suivie d'une nouvelle reprise de la fièvre, qui se montre surtout le soir et disparaît dans le courant de la journée. Ce fait particulier, ainsi que la constatation d'une infiltration des sommets firent penser à de la tuberculose pulmonaire; d'ailleurs, les râles, les crachats et la toux persistent tout le temps on ne trouve cependant pas de bacilles spécifiques dans les crachats.

Il y eut des selles diarrhéiques pendant quelque temps, mais ni assez fréquentes ni assez fétides pour faire pen-

ser à de la septicémie. Elles furent mises sur le compte toujours de la tuberculose.

Pendant cette dernière période de la maladie, on incisa de nouveaux abcès vers l'os hyoïde, la clavicule, l'acromion et dans la fesse. Ils étaient peu douloureux et ressemblaient beaucoup à des abcès tuberculeux froids.

On ne trouve à aucun moment quelque chose d'anormal au cœur, bien qu'on note tout le temps un pouls fréquent, mais régulier. Il n'y eut ni frissons ni oscillations brusques de la température. Somme toute, on croyait à une pneumonie caséeuse.

La malade meurt après trois mois de séjour à l'hôpital. Ce n'est qu'à l'autopsie qu'on peut constater la véritable nature de l'affection. Foyers tuberculeux complètement guéris aux sommets; bronchite; péricardite purulente; abcès de la paroi cardiaque; endocardite ulcéreuse; de nombreux abcès de la peau. Pas de pus dans l'oreille moyenne droite. Perforation sèche. Le bulbe de la jugulaire et la jugulaire sont remplis d'un thrombus blanc, adhérent, de telle façon que la veine n'est plus représentée que par un cordon dur non perméable.

Il s'était donc bel et bien agi d'une septico-pyémie d'origine otitique, dont les étapes successives avaient été l'oreille, le sinus latéral thrombosé, l'endocardite ulcéreuse, les abcès métastatiques. (*Archiv. für Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 1 et 2.)

Dr BERTEMES.

Abcès cérébelleux et sous-dural profond à la suite de mastoïdite ancienne et de carie étendue du labyrinthe. Trépanation vers le cervelet. Mort (Extr. de *Jahresb. der Kgl. Univ. Ohrenkl. zu Halle*), par les Drs GRUNERT et SCHULZE. Obs. V.

Jeune fille de douze ans, entrée le 19 juillet 1900.

Aurait eu un abcès rétro-auriculaire à droite dans son enfance. Depuis le printemps de cette année elle se serait plainte de céphalées, serait devenue distraite et apathique. Otorrhée du même côté depuis 15 jours; quelque temps après, exaspération des douleurs de la tête, bourdonnements, accès vertigineux; paralysie faciale droite.

Température 38°,1; pouls 104. La malade ne répond aux

questions qu'on lui pose qu'en hésitant beaucoup; elle se trompe dans les calculs les plus simples, etc. Vertige les yeux fermés. La pointe de l'apophyse est sensible à la pression. Otorrhée droite fétide; occlusion du conduit par chute de la paroi. L'examen fonctionnel fait supposer une lésion labyrinthique. Restes de végétations. Congestion papillaire à droite.

Evidement le deuxième jour. La paroi postérieure du conduit est décollée; la sonde pénètre par là, par une fistule osseuse, dans une cavité chôlestéatomateuse s'étendant dans toute la pointe. La paroi sinusienne est rouge et légèrement enflammée. Carie du canal horizontal; une fistule à ce niveau conduit dans un abcès sous-dural de la fosse cérébrale postérieure. L'abcès est mis à nu par la gouge.

Pendant 3 jours la température oscille entre 37° et 38°; le pouls de 100 à 120.

Le 24 juillet, pouls entre 70 et 80; vomissements; vertiges prononcés. La ponction lombaire reste négative. Premier pansement. Curettage du labyrinthe et du vestibule : fongosités et pus.

Le 25 juillet, vomissements; la malade rend une grande quantité de vers. Vertiges. Température 35°,9; le pouls est descendu à 50, petit, intermittent. Trépanation vers le cervelet; l'incision de la dure-mère ne donne pas de pus, la ponction non plus. On pénètre à une profondeur de 4 centimètres avec une pince hémostatique, et là, seulement, on tombe sur du pus abondant, fétide, contenant des débris de substance cérébrale.

Lavage au permanganate et drainage. Le pouls remonte à 132 dès le soir et reste normal jusque vers la fin. Elimination de plusieurs fragments de la substance cérébrale, qui fait hernie à travers l'orifice de la trépanation. A partir du 30 juillet les symtômes de méningite deviennent manifestes et la malade meurt dans le coma le 2 août.

Autopsie. — L'abcès du cervelet communique avec le quatrième ventricule. Méningite de la base. Nécrose des canaux semi-circulaires et du vestibule. Labyrinthe rempli de pus.

L'origine de l'abcès sous-dural et de l'abcès cérébelleux

est à rechercher dans l'infection labyrinthique. Pour le dignostic de l'affection cérébelleuse, on s'est basé non pas tant sur les vertiges et les vomissements, qui, apparaissant surtout après le curettage du labyrinthe, pouvaient tenir à des lésions profondes de ce côté, que sur l'état du pouls (50) comparé à celui de la température (35°,9), et sur le résultat négatif de la ponction lombaire. Notez que la nécrose labyrinthique rendait probable une propagation vers la fosse cérébrale postérieure, et l'abcès du cervelet devenait de plus en plus certain.

Relevons encore l'absence de contracture de la nuque, qu'on regarde comme pathognomonique de la propagation méningitique vers la fosse cérébrale postérieure et le canal spinal, et qui a manqué ici tout le temps. Il n'y avait non plus à aucun moment des troubles respiratoires, qui, ordinairement, ne manquent pas dans les abcès cérébelleux étendus. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 1 et 2.)

Dr Bertemes.

Un cas de méningite aiguë à la suite d'une otite moyenne légère avec angine intercurrente. Mort (Extr. de *Jahresb. der Kgl. Univ. Ohrenkl. zu Halle*), par les Drs Grunert et Schulze. Obs. VI.

Ouvrier de cinquante-trois ans. Vertiges et douleur de l'oreille gauche, il y a huit jours; les douleurs auraient disparu dès que l'oreille aurait suppuré, mais le vertige serait resté le même depuis. On trouve un tympan un peu bombé et légèrement injecté; des râles à l'auscultation, pas de bruit de perforation. L'aération de la caisse fait disparaître les vertiges, et le malade entend mieux.

Deux jours après, angine érythémateuse. Douleurs dans l'oreille gauche; le tympan est de nouveau injecté et bombé. La paracentèse ne donne pas d'exsudat immédiat. Les douleurs d'oreille, un moment calmées, reprennent de plus belle deux jours après, sans qu'on voie beaucoup de pus sortir par la perforation; la température monte à 39°,2; il y a des vomissements. Pendant la nuit survient un accès de délire aigu et de l'aphasie. La ponction lombaire donne un liquide louche, à leucocytes en très grand nombre. Les six derniers jours les symptômes de méningite aiguë de-

viennent des plus nets; une deuxième ponction fait trouver des diplocoques. A noter encore une éruption de pemphigus sur le dos de la main droite. Mort dans le coma.

Autopsie. — Méningite purulente. Œdème cérébral. Pachyméningite chronique. Le toit du tympan des deux côtés est trouvé perforé d'un petit pertuis gros comme une tête d'épingle, à travers lequel on pénètre dans la caisse, qui, d'ailleurs, contient peu de muco-pus. La muqueuse y est légèrement boursouflée.

Cette observation nous montre que les méninges peuvent s'infecter à travers un pertuis congénital, même au cours d'une otite moyenne très peu intense. La cause provocatrice de l'infection ne semble pas devoir être recherchée dans un cathétérisme intempestif, puisqu'il n'a été pratiqué que deux fois avec une pression très faible, et qu'il n'a pas provoqué de douleurs, mais plutôt dans l'angine intercurrente, puisque, tout de suite après, on voit éclater les symptômes de méningite. (*Archiv für Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 1 et 2.)

Dr BERTEMES.

Cholestéatome de la mastoïde compliqué de thrombophlébite du sinus, d'un abcès cérébral du lobe temporal et d'un autre du lobe pariétal (Extr. de *Jahresb. der Kgl. Univ. Ohrenkl. zu Halle*), par les Drs GRUNERT et SCHULZE. Obs. IX.

Homme de trente-quatre ans. Otorrhée droite depuis l'enfance. Il y a huit jours, grand frisson suivi de sueurs profuses. Douleurs dans l'oreille.

Température 39°. Sensibilité à la pression de la pointe de l'apophyse et le long de la jugulaire; pas d'œdème; les mouvements de la tête sont douloureux. Otorrhée fétide à droite; la caisse est remplie de fongosités.

Evidement pétro-mastoïdien précédé de la ligature double de la jugulaire. Cholestéatome de la mastoïde. Fistule dans le conduit. Résection de la pointe de l'apophyse nécessitée par le développement considérable de la tumeur.

Mise à nu de la dure-mère de l'étage moyen. En inspectant les granulations qui la recouvrent, on tombe dans une cavité profonde laissant suinter du pus. Trépanation à travers l'écaille temporale. Incision de la dure-mère qui

avait montré une fluctuation peu nette. La substance cérébrale œdématiée, ramollie, laisse suinter un peu de pus; on pénètre plus en avant avec le bistouri, jusqu'à ce qu'on tombe sur un abcès du lobe temporal, rempli de pus et de substance cérébrale nécrosée. Drainage à la gaze.

Pour finir, on ouvre et on tamponne le sinus.

L'abcès cérébral trouvé au cours de l'opération était une surprise, en ce sens que rien dans les symptômes — à part peut-être la discordance du pouls (60-80) et de la température (38° et 39° 5) — ne l'avait fait prévoir nettement.

Plus de frissons à partir de l'intervention; la température descend insensiblement; on ne note pas de métastases.

Du deuxième au quatrième jour postopératoire la température cependant remonte, il y a des secousses musculaires à la face, du strabisme, une légère parésie du bras gauche : on pouvait donc s'attendre à une méningite de la base. Ces symptômes apparaissent surtout toutes les fois qu'on change le pansement; ce dernier fait, joint à la disparition rapide des phénomènes observés, ont fait conclure qu'il s'était agi de simples phénomènes d'excitation causés par la plaie cérébrale.

La fièvre disparaît définitivement le cinquième jour, mais, pendant les dix-sept derniers jours, l'état général empire graduellement : il y a tantôt du délire, tantôt de la torpeur intellectuelle, puis de la paralysie des nerfs moteurs de l'œil, et de l'inégalité pupillaire. On pouvait exclure toute méningite à cause de l'apyrexie; des examens répétés de la plaie ne firent trouver aucune cause de rétention du pus. Le malade meurt le vingt-cinquième jour.

A l'autopsie, on trouve, en outre de la veine jugulaire obstruée dans sa partie supérieure par un thrombus adhérent, rouge, mais non purulent, et libre complètement dans la partie inférieure, d'abord l'abcès temporal, dont les bords sont adhérents au pourtour de l'ouverture de trépanation, puis, en outre, un abcès pariétal occupant presque tout le lobe et absolument indépendant du premier.

La cause de la mort est à rechercher uniquement dans ce deuxième abcès, dont le diagnostic n'avait pu être fait pendant la vie : 1° parce que l'examen du fond de l'œil était

tout le temps resté négatif; 2° que la hernie cérébrale, à travers l'ouverture de trépanation, avait été toujours trop peu considérable pour pouvoir faire admettre des phénomènes de compression dus à un deuxième abcès; 3° que, ni avec le doigt ni avec la sonde, on n'avait pu trouver une fistule quelconque; 4° que le pouls ne descendait plus en dessous de la normale après la trépanation. (*Archiv für Ohrenheilk.*, nos 1 et 2.)

Dr BERTEMES.

Un cas de septicémie otitique avec abcès métastatique pulmonaire et pleurésie purulente (Extr. de *Jahresb. der Kgl. Univ. Ohrenkl. zu Halle*), par les Drs GRUNERT et SCHULZE. Obs. VII.

Homme de quarante-sept ans, bien portant et bien constitué. Otorrhée droite depuis son enfance. Entre avec tous les symptômes de rétention mastoïdienne et de thrombose du sinus droit. Evidement pétro-mastoïdien, au cours duquel on trouve une collection purulente périsinusienne et la paroi du sinus infiltrée de pus et décolorée. Ligature préalable de la jugulaire. Incision du sinus, hémorragie profuse; on ne trouve pas de caillot obturateur.

Pendant deux jours, la température redevient normale, et le malade se trouve soulagé; puis, brusquement, pendant la nuit la fièvre reprend, la respiration s'accélère, il y a des douleurs péricardiques, de la matité au poumon gauche, des frottements pleuraux, bref tous les symptômes d'une pleurésie aiguë. Thoracotomie et résection costale du côté affecté. Ecoulement de 2 litres d'un pus très fétide. La mort survient une heure et demie après l'opération.

A l'autopsie, on trouve de la thrombophlébite des sinus caverneux, du sinus pétreux inférieur droit, et du sinus latéral droit. La partie de la veine jugulaire droite, en dessous de la ligature, est libre et non obstruée. On trouve deux abcès dans le lobe supérieur du poumon gauche et de la pleurésie purulente du même côté. Péricardite et myocardite infectieuses.

La propagation de la thrombophlébite aux deux sinus caverneux par l'intermédiaire du sinus pétreux inférieur droit est ici très nette.

On peut se demander si les abcès pulmonaires et pleurétiques gauches sont antérieurs à la ligature veineuse ou s'ils sont dus à une infection partie du sinus caverneux gauche. Le dernier chemin est peu probable si on considère que le sinus pétreux inférieur de ce côté était indemne; il est vrai, d'un autre côté, qu'avant la ligature on n'a jamais rien trouvé d'anormal dans les poumons; ce qui, d'ailleurs, ne doit pas nous étonner puisque les métastases pulmonaires se font rarement reconnaître de suite.

Insistons encore sur le fait que rien, pendant la vie, n'aurait pu faire diagnostiquer une thrombophlébite des sinus caverneux; il est vrai que le malade est mort quatre jours après l'évidement. (*Archiv für Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 1 et 2.)

Dr BERTEMES.

Corps étranger de la caisse ayant nécessité un évidement pétro-mastoïdien (rapport annuel de la clinique de Schwartze), par les Drs GRUNERT et SCHULZE.

Sur les 80 corps étrangers traités à la clinique de Schwartze de 1900 à 1901, 78 ont été enlevés par le simple lavage; 2 seulement ont nécessité une intervention plus compliquée.

L'observation que nous résumons ici est un exemple frappant du danger de certaines tentatives d'extraction trop peu délicates.

Enfant de quatre ans, bien portant. L'oreille droite aurait suppuré dans le temps. Il y a quelques jours, l'enfant se serait introduit « quelque chose » dans l'oreille droite. Plusieurs tentatives d'extraction, toutes sans résultats. Le conduit auditif obturé par un polype. 38° et 39° de température le soir, pendant deux jours. Extraction du polype à l'anse froide; granulations dans le fond; pas de bruit de perforation. Deux jours après, chloroformisation, extraction de plusieurs fragments d'une fève avec le levier de Zaufal.

Les jours suivants, pas de fièvre, puis la mastoïde devient douloureuse et s'œdématie. Elévation de la température. Huit jours après la première intervention, évidement pétro-mastoïdien. Ganglion rétro-auriculaire abcédé. Corticale malade; pas de fistule, de petits amas de pus disséminés

dans l'os. Pus dans l'antre; manche du marteau carié; dénudation étendue du promontoire; des restes du corps étranger dans le recessus hypotympanique. Le malade fait une pneumonie. Quinze jours après, incision d'un abcès de la peau à la région occipitale, puis d'un autre tout près de la plaie rétro-auriculaire. Dans la suite, extraction de plusieurs séquestres, dont 3 de l'os occipital et 1 du conduit osseux. Guérison après un séjour de cinq mois à l'hôpital. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, p. 67.) Dr BERTEMES.

VARIA

Traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau par enlèvement du ganglion de Gasser, par le Dr LAUWERS, de Courtrai.

L'auteur a obtenu deux guérisons avec conservation de la vue au moyen du procédé de Kraux modifié. Il enlève ue partie de l'arcade zygomatique pour avoir plus de jour, et lie les deux carotides externes pour éviter l'hémorragie de la méningée moyenne. (Ve Congrès flamand des sciences naturelles et médicales, Bruges, sept. 1901, *in Journ. méd. de Bruxelles,* n° 44, 31 oct., 1901.) Dr A. CAPART fils.

Des injections sous-cutanées de paraffine *(Ueber subcutane Paraffin-Injectionen)*, par le Dr F. ALT.

Les injections sous-cutanées de paraffine ont été proposées, il y a deux ans, par Gersuny, comme succédané au complément de certaines opérations plastiques. Se basant sur les résultats favorables obtenus grâce à ces injections dans un grand nombre de cas, l'auteur a eu l'idée d'employer ce procédé dans la pratique otiatrique. Il s'agissait d'un homme de quarante-sept ans qui, deux ans après une opération radicale pour otorrhée chronique avec cholestéatome, eut une récidive de cette dernière affection, ce qui nécessita l'établissement d'un orifice rétro-auriculaire permanent. Lorsque cet orifice fut complètement épidermisé, l'auteur, après avoir injecté autour de l'orifice quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 5 0/0, fit en quatre points des injections sous-cutanées de paraffine. La quantité totale injectée a été de un demi-centimètre cube environ.

La réaction provoquée par ces injections a été insignifiante, et, au bout de peu de temps, la fistule était presque complètement fermée.

Les avantages de cette méthode consistent, d'abord, dans la facilité que présente son emploi, sans qu'on soit obligé d'endormir le malade, et, ensuite, dans ce fait qu'il est toujours possible de rouvrir et d'élargir l'orifice en cas de récidive.

Les injections sous-cutanées de paraffine se sont encore montrées efficaces sous un rapport. Le malade, dont il a été question plus haut, avait présenté, en même temps que la récidive du cholestéatome, une périchondrite étendue du pavillon de l'oreille, avec déformation et ratatinement de celui-ci. Quelques injections sous-cutanées de plusieurs millimètres cubes de paraffine ont suffi pour rendre au pavillon ses dimensions et son aspect normaux. La réaction a été un peu plus forte que celle provoquée précédemment, lors de l'occlusion de l'orifice rétro-auriculaire; il survint un léger œdème inflammatoire, mais au bout de quelques jours, tout était rentré dans l'ordre.

L'auteur recommande le même procédé dans la plupart des difformités de l'oreille, et dans les cas où le pavillon de l'oreille se trouve fortement projeté en avant ou en bas.

La technique de ce procédé est la suivante : on prend de la vaseline blanche qui fond à la température de 36° à 90°, et a la consistance de la graisse de porc; on la stérilise en la faisant bouillir dans une petite capsule, on remplit une seringue de Pravaz qu'on laisse ensuite refroidir dans l'eau. Ce n'est que lorsque la vaseline est complètement refroidie et sort de l'aiguille en fil très fin qu'on peut l'employer pour injections. La vaseline peut séjourner dans les tissus lâches tant qu'elle n'a pas été soumise à la pression ou à l'action des mouvements musculaires; on ne doit pas injecter de grandes quantités à la fois dans les tissus fermes. Il est recommandable de faire de la place à la vaseline, en pratiquant, au préalable, le procédé de Schleich. (*Monats. für Ohrenheilk.*, n° 9, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

2e ANNÉE. N° 7. 15 FÉVRIER 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DES MASTOÏDITES LATENTES
ET DES DANGERS DE L'EXPECTATION DANS LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE MOYENNE

Par le Dr **BRINDEL**, de Bordeaux.

La bénignité relative d'un assez grand nombre d'écoulements d'oreille a depuis longtemps habitué non seulement le public, mais encore les médecins, à traiter souvent à la légère une suppuration dont les victimes sont pourtant légion.

Par insouciance bien souvent, par ignorance quelquefois, le praticien consulté pour une oreille qui coule, se borne à prescrire de *petites* injections d'eau boriquée avec une *petite* seringue en verre, tout en rassurant, avec son autorité incontestée, le malade ou son entourage sur le peu de conséquence d'une affection aussi répandue et aussi simple. Et, de fait, a-t-il tout à fait tort? N'a-t-il pas vu, dans sa longue carrière, et ne voyons-nous pas tous les jours, des sujets porteurs d'otorrhées depuis des semaines, des mois, et même des années, n'éprouver, de ce chef, d'autre inconvénient qu'une surdité plus ou moins accentuée et d'autant plus facile à dissimuler qu'elle n'affecte qu'un seul côté?

Un malade se plaint-il de souffrir de l'oreille? Le compte-gouttes remplace la seringue : des instillations d'huile chaude, de laudanum, sont immédiatement pratiquées dans

le conduit; de la quinine s'il a de la fièvre, de l'antipyrine s'il se plaint de la tête, lui sont administrées concurremment; médecin et malade attendent dans une douce quiétude la cessation des phénomènes douloureux sans se préoccuper des causes de la douleur pas plus que des conséquences qui peuvent résulter d'une expectation intempestive.

Survienne brusquement une de ces complications qui ne sont malheureusement pas rares dans le cours d'une otorrhée (méningite, pyohémie, phlébite du sinus), alors seulement on tournera du côté de l'oreille un regard inquisiteur et on sera tout étonné d'assister au brusque dénouement d'une pièce de tragédie dont on ne soupçonnait même pas le début de l'intrigue.

Un trop grand nombre de praticiens s'imaginent encore malheureusement que l'otorrhéique ne court aucun danger tant qu'une tuméfaction de l'apophyse n'a pas attiré l'attention, tant qu'un refoulement en avant du pavillon de l'oreille ne leur a pas révélé l'existence d'une lésion mastoïdienne concomitante. Pour eux toute complication d'une suppuration auriculaire implique l'idée d'un gonflement de l'apophyse : il n'y a pas mastoïdite s'il n'y a pas abcès périmastoïdien.

C'est contre cet optimisme trompeur que nous ne saurions trop réagir. L'abcès sous-périostique n'est qu'un des modes d'ouverture de l'empyème mastoïdien, le mode le plus favorable. Pour qu'il se produise, il faut des conditions anatomiques spéciales, conditions qui ne sont, en somme, qu'exceptionnellement réalisées.

L'inflammation des cellules mastoïdiennes se présente sous des aspects fort différents les uns des autres; elle a des allures extrêmement variables, et on ne saurait, pour la découvrir, s'entourer de précautions trop grandes si on ne veut pas s'exposer à de très graves mécomptes.

Elle n'est, du reste, pas la seule complication qui puisse survenir dans le cours d'un écoulement d'oreille : la pyo-

hémie, la méningite par propagation veineuse ou lymphatique, la phlébite du sinus sont susceptibles à leur tour, avec ou sans interposition de mastoïdite, de compliquer une otorrhée et de faire courir aux malades les plus grands dangers.

Laissant systématiquement de côté ces diverses affections, nous ne nous occuperons aujourd'hui que des mastoïdites et spécialement d'une forme qui n'a pas été, selon nous, suffisamment mise en lumière jusqu'ici; nous la désignerons sous le nom de *mastoïdite latente*. Un élève de la clinique laryngologique de la Faculté de Bordeaux, M. Baussenat, vient, sous notre inspiration, de consacrer à l'étude de cette affection son travail inaugural.

Considérées au point de vue de leurs allures, les mastoïdites aiguës peuvent être divisées en quatre grandes catégories.

Les unes ont une marche suraiguë : dès les premiers jours d'une otite, avant que la suppuration s'installe à travers la membrane du tympan, ou en même temps qu'elle, se déclare une céphalalgie violente localisée à la région auriculaire et périauriculaire lésée : la fièvre est vive, le facies altéré. Il y a de l'insomnie absolue, de l'inappétence; somme toute, un état général grave. Dès le début, l'apophyse est très douloureuse à la pression : c'est là *la forme ostéomyélitique*, forme rare qui s'accompagne rapidement de nécrose de la mastoïde.

Chez une deuxième catégorie de malades, l'inflammation osseuse a une évolution aiguë, parallèle en quelque sorte au développement de l'otite suppurée. Il y a ostéite et otite concomitantes, l'écoulement du pus par le conduit calme peu ou point les douleurs spontanées ressenties par le malade. L'apophyse est, dès le début, sensible à la pression au niveau de l'antre. Elle se tuméfie petit à petit, insensiblement. L'écoulement auriculaire, d'abord profus, s'arrête ou se ralentit brusquement, en même temps que s'accroissent

les douleurs spontanées. Le malade souffre, la nuit principalement, ce qui lui enlève tout repos; l'état général s'altère. Malgré cela la fièvre est souvent nulle ou peu accusée. En dix à vingt jours s'est installée une suppuration intra-apophysaire qui nécessite sans tarder une intervention chirurgicale. Telle est à grands traits la description de la *forme aiguë* de la mastoïdite, ce qu'on pourrait appeler la mastoïdite classique.

Une troisième catégorie de malades voit la lésion osseuse marcher par poussées successives. A chaque poussée nouvelle il y a redoublement de la céphalalgie, de l'insomnie, des douleurs à la pression sur l'apophyse, puis tout semble rentrer dans l'ordre. La tuméfaction elle-même de la mastoïde paraît rétrocéder pour se montrer à nouveau avec plus d'intensité quelques jours après : somme toute, il n'y a jamais accalmie complète; il y a seulement des périodes de recrudescences : c'est la marche *subaiguë de la mastoïdite.*

Enfin, dans d'autres circonstances, la mastoïdite évolue encore plus sournoisement: rien à l'extérieur ne semble dénoter sa présence; l'état général du malade est excellent en apparence; il n'existe que peu ou pas de douleurs spontanées; le malade accuse seulement une légère lourdeur de tête du côté atteint. Si on n'était pas prévenu, on ne songerait à tenir compte ni de la profusion de l'écoulement purulent, ni de la sensibilité qui se manifeste si on exerce une certaine pression au niveau de l'antre, ni enfin d'un certain degré de tuméfaction de l'apophyse. Telle est, à grands traits, la quatrième forme de mastoïdite, celle que nous désignerons sous le nom de *latente,* en raison de la façon insidieuse dont elle se comporte.

Nous ne parlons pas des lésions qu'on rencontre dans les apophyses des anciens otorrhéiques et qu'on appelle improprement *mastoïdites chroniques*. Ici la maladie est cantonnée en un point bien déterminé; l'inflammation est limitée à la muqueuse ou aux parois de l'antre, du canal tympano-mas-

toïdien et de l'attique; du tissu éburné a remplacé le tissu osseux diploétique; les cellules mastoïdiennes et la corticale externe ne participent à la phlegmasie qu'en cas d'accidents aigus, d'otorrhée réchauffée : nous rentrons alors dans l'une ou l'autre des quatre catégories de mastoïdite énoncées plus haut.

Ces catégories, établies pour mettre un peu d'ordre dans les idées, ne sauraient avoir la prétention d'être parfaitement rigoureuses : telle mastoïdite à allure suraiguë au début peut revêtir, dans les jours suivants, une marche plus lente, subaiguë par exemple; telle autre, à marche torpide dans les premiers jours, s'accuse beaucoup plus nettement dans la suite, passant de la forme latente à la forme aiguë et *vice versa*.

Il y a grand intérêt, comme nous le verrons dans un instant, à déceler le plus rapidement possible et à traiter avec énergie la mastoïdite sous quelque forme qu'elle se présente; aussi ne croyons-nous pas faire œuvre inutile en appelant spécialement l'attention des praticiens sur la mastoïdite à allure insidieuse à laquelle il faut toujours songer quand on est en présence d'une otite aiguë.

Cette forme insidieuse de mastoïdite, ou mastoïdite latente, a des caractères suffisamment tranchés pour ne pas passer inaperçue à un œil tant soit peu exercé. Elle survient tout aussi bien en l'absence d'otorrhée, que dans le cours d'une suppuration ancienne ou récente de l'oreille moyenne.

L'inflammation de la caisse peut ne pas avoir été suffisante pour déterminer la rupture de la membrane tympanique, tandis que l'inflammation concomitante de l'antre amenait la production de pus et de fongosités avec destruction des travées osseuses intra-apophysaires : plusieurs fois, il nous a été donné de voir une oreille moyenne normale ou atteinte de légère otite catarrhale alors que l'apophyse mastoïde ne formait plus qu'un vaste clapier rempli de pus, principalement au niveau de sa pointe. Dans d'autres circonstances la suppuration qui s'écoule par le conduit n'aura été qu'éphé-

mère; elle se sera tarie et le tympan cicatrisé alors que les phénomènes inflammatoires et nécrotiques auront continué à évoluer dans les cellules mastoïdiennes.

Sur 335 malades ayant subi soit un évidement simple de l'apophyse, soit une cure radicale d'otorrhée dans ces six dernières années, et dont j'ai recueilli une à une et minutieusement toutes les observations, j'ai noté onze fois une absence totale d'écoulement de pus par l'oreille au moment de l'intervention. Le tympan était intact; il existait seulement, chez certains, un léger degré d'otite catarrhale, indice d'une inflammation antérieure de l'oreille moyenne. Or, à l'ouverture de l'apophyse on trouva, chez deux d'entre eux, des abcès extra-duraux renfermant une grande quantité de pus. Cinq autres présentaient des lésions extrêmement graves de leur mastoïde; la table interne avait été détruite par le pus et les fongosités: les méninges et le sinus latéral baignaient au milieu de ces détritus éminemment septiques. Quatre fois seulement la table interne avait été respectée, mais l'apophyse avait été évidée par la suppuration et ne formait plus qu'une coque osseuse remplie de pus, surtout au voisinage de la pointe. Somme toute, l'absence d'otorrhée n'impliquera pas forcément l'idée d'absence de mastoïdite: au contraire, l'abondance persistante de l'écoulement devra, passé un certain laps de temps (quinze jours à trois semaines en général), même en dehors des autres symptômes extérieurs que nous allons passer en revue dans un instant, faire songer à la possibilité d'une suppuration osseuse et appeler l'attention du côté de l'apophyse.

En voici un exemple :

Observation I. — M. A..., trente-sept ans, employé de commerce, se présente pour la première fois à la clinique otologique de la Faculté (service du Dr E. J. Moure), le 6 mai 1898; porteur d'une otite moyenne aiguë suppurée droite, datant de sept à huit jours. A ce moment il souffre, principalement la nuit, de tout le côté droit de la tête. Son apophyse est douloureuse à la pression.

Comme il n'existe, sur le tympan, qu'une très petite perforation postéro-inférieure, je lui fais, le lendemain 7 mai, une large myringotomie qui amène, dans les vingt-quatre heures, une sédation complète des douleurs mastoïdiennes, tant à la pression que spontanées. Ces douleurs ne se sont plus reproduites depuis. Il persista seulement, comme tout symptôme, une suppuration profuse de l'oreille malade. Cette suppuration résista à tous les traitements.

Le malade continuait à vaquer à ses occupations ordinaires; toutefois, il prit à la longue un facies fatigué et suspendit son travail le 15 juin, c'est-à-dire un mois et demi après le début de son otorrhée. Cinq jours après la suppuration paraissait avoir diminué quand, en inspectant avec soin le conduit auditif, j'aperçus sur la paroi postérieure, près du cadre tympanique, un petit bourgeon charnu dont l'exploration au moyen d'un stylet recourbé permit de découvrir la véritable nature. Le petit bourgeon dissimulait une nécrose osseuse établissant une communication entre le conduit et l'antre : l'apophyse s'était ouverte dans le conduit.

Extérieurement rien ne permettait de faire prévoir les lésions qu'on trouva à l'opération.

Celle-ci fut exécutée, par le Dr Moure, le 25 juin 1898. La mastoïde était évidée dans son entier par du pus crémeux et des fongosités, elle était ouverte dans le conduit, au niveau de sa pointe, près de la rainure digastrique et sur sa face postérieure, sur une surface de un centimètre carré. En cet endroit les méninges et le sinus latéral baignaient au milieu du pus et des fongosités. La cavité fut régularisée avec soin, curettée minutieusement. Du chlorure de zinc à 1/10 fut ensuite promené sur tout l'intérieur de cette cavité, un gros drain laissé dans l'antre et la plaie extérieure suturée dans son entier, sauf au niveau du passage du drain.

Depuis le jour de l'opération il n'y eut plus une seule goutte de pus dans l'apophyse. La guérison était totale et la plaie entièrement cicatrisée le 18 juillet suivant, vingt-trois jours après l'intervention.

Si on eût attendu l'apparition des phénomènes extérieurs pour penser à une mastoïdite, il est infiniment probable que ce malade eût payé de sa vie une temporisation condamnable à tous les points de vue.

L'écoulement, par le conduit, du pus de l'oreille moyenne

n'impliquant pas forcément une lésion des cellules mastoïdiennes, existe-t-il des symptômes bien nets de l'invasion du tissu osseux apophysaire? En un mot, est-il possible, même exclusion faite de l'otorrhée, de diagnostiquer une mastoïdite? Nous parlons, bien entendu, d'une mastoïdite simple, sans complications veineuse, méningée ou viscérale. En ce qui concerne les trois premières catégories de mastoïdite, la réponse n'est pas douteuse : il suffit de posséder les notions élémentaires de la médecine pour affirmer la présence du pus dans l'apophyse. Phénomènes généraux et phénomènes locaux s'enchaînent à plaisir et conduisent fatalement au diagnostic. Quand un malade se plaint de souffrir violemment de l'oreille, que cette douleur s'irradie à tout le côté de la tête, qu'il éprouve des battements dans l'oreille avec surdité de ce côté, qu'il a de l'insomnie, de l'inappétence, une sensation de lourdeur de l'oreille malade, qu'il présente le facies fatigué d'un individu profondément infecté, qu'il a de la température, on sera immédiatement porté à tourner ses regards vers l'apophyse mastoïde. S'il existe déjà du gonflement rétro-auriculaire, de l'œdème de la peau en arrière du pavillon avec douleur exquise à la pression au niveau de l'antre, au-dessous de la linea temporalis, un affaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit, alors le doute ne sera plus permis et l'évidence de la mastoïdite sera manifeste.

Mais plaçons-nous dans des conditions différentes. Supposons un malade avec otorrhée si l'on veut, qui n'ait pas d'élévation de température ou tout au moins, et par intermittences, qu'une élévation dépassant à peine 38°, un malade qui se plaigne peu ou point de douleurs auriculaires, qui ait de l'appétit, un sommeil à peu près régulier, un facies excellent; combien de praticiens, en présence d'un tel malade, songeront à examiner avec soin l'état de la mastoïde, combien soupçonneront les lésions, souvent profondes, du tissu osseux intra-apophysaire?

La caractéristique des mastoïdites latentes est d'évoluer sournoisement, insidieusement, sans symptômes généraux appréciables, chez des malades offrant, en apparence, tous les attributs d'une bonne santé. Il faut les presser de questions, mettre le doigt sur l'os, pour les contraindre à avouer les quelques légers phénomènes subjectifs dont ils ne se plaindraient certainement pas de leur propre chef ou qu'ils rapportent à une cause toute différente.

En voici quelques exemples :

Obs. II. — M. W..., treize ans, se présente à la consultation du Dr Moure, au commencement d'avril 1899, parce qu'il a fait, il y a deux mois, en Angleterre, une otite moyenne aiguë sans suppuration aucune et qu'il persiste encore, à son arrivée en France, un très petit gonflement, douloureux à la pression, de son apophyse mastoïde. Dans les jours qui suivirent, le gonflement disparut peu à peu. Il persistait seulement un point douloureux à la pression au niveau de l'antre mastoïdien. *De temps à autre, petits accès de névralgie faciale d'une durée d'une heure. Pas la moindre température, appétit excellent, aspect général très bon.* L'enfant paraissait totalement guéri le 17 avril : seule, la douleur antrale persistait encore à la pression. Cinq jours après, se développa soudain une tuméfaction notable des tissus périapophysaires (22 avril). On décida immédiatement une intervention, qui fut exécutée le lendemain 23, au matin.

A ce moment, il existait un gonflement très notable de l'apophyse et une douleur violente à la pression. Voici quelques détails sur l'opération :

Infiltration très marquée des tissus à l'incision. Surface externe de l'apophyse piquetée de nombreux points rouges. Couche extérieure osseuse épaisse de trois quarts de centimètre, enlevée à la gouge, puis issue de pus crémeux épais, en abondance. Intérieur de l'apophyse tout évidé par le pus et les fongosités, y compris la pointe et le canal tympano-mastoïdien. Curettage soigneux. Écouvillonnage de toute la cavité au chlorure de zinc à 1/10. Drain dans l'antre, suture de la plaie rétro-auriculaire, sauf passage du drain.

Depuis le jour de l'opération, il n'y a pas eu une goutte de pus dans l'apophyse. La guérison était totale et définitive le 7 mai suivant, c'est-à-dire *quatorze jours après l'intervention.*

Obs. III. — M, M..., vingt-deux ans, otite moyenne aiguë suppurée, datant de un mois. Quelques douleurs au début. Un peu de boursouflement du conduit, ayant fait croire à un de nos confrères qu'il s'agissait d'otite externe. Se présente à la consultation du Dr Moure le 6 juillet 1899, pour suppuration auriculaire. A ce moment, *très peu de douleurs spontanées. Pas de fièvre, état général très bon*. Le 8 juillet survient un tout petit gonflement au niveau de la pointe de l'apophyse et en même temps une douleur à la pression sur le bord postérieur de la mastoïde. Otorrhée profuse. *Du 8 au 13*, la tuméfaction subit des recrudescences et des diminutions. *L'état général demeure parfait*. Dans la nuit du 13 au 14 juillet la tuméfaction augmente, des douleurs spontanées apparaissent. Les 14 et 15, même progression.

Opération le 16. Os congestionné. Après un centimètre de corticale, pus crémeux en grande quantité. L'intérieur de l'apophyse est évidé par le pus et les fongosités. *Table interne détruite sur une longueur de deux centimètres sur le trajet du sinus latéral. L'apophyse est également perforée au niveau de la rainure digastrique*. Curettage méticuleux. Attouchement au chlorure de zinc à 1/10. Drain dans l'antre. Fermeture de la plaie sauf passage du drain.

Jours suivants très bien. Pas une goutte de pus. Guérison totale le 6 août 1899, en vingt et un jours.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ OTOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI

Séance du 10 juin 1901.

Présidence de Sir William B. Dalby.

M. W. C. Bull. — **Un cas de greffe cutanée après une opération mastoïdienne radicale** *(A case of skin-grafting after the complete mastoid operation)*.

L'opération a été suivie d'une amélioration très notable du pouvoir auditif qui, avant l'intervention, était très compromis. De temps à temps, il se produit un léger écoulement de l'oreille.

M. le Président considère le cas comme très réussi et pense que la petite zone, non encore recouverte d'épithélium, ne tardera pas

à guérir. M. Cheatle est d'un avis contraire; d'après lui cette petite zone ne guérira pas, mais le léger écoulement est sans importance chirurgicale.

M. R. Lake. — **Atrésie post-opératoire du conduit** *(Post-operative atresia of the meatus).*

Deux opérations ont été pratiquées et malgré tous les soins le conduit se rétracta et finalement l'atrésie devint complète. L'auteur demande ce qu'il faut faire pour éviter cette complication et quelle est la conduite à tenir quand elle se produit.

M. Baber relate un cas similaire qui a subi une opération de Stacke.

M. Ballance propose de retrancher entièrement la paroi postéro-supérieure du conduit et de greffer ultérieurement la surface mise à nu.

M. Saint-Clair Thomson. — **Une femme guérie d'un abcès mastoïdien aigu par une opération semblable à un stacke** *(A female patient inwhom an acute mastoid abscess had been cured by a Stacke like operation).*

La portion postéro-supérieure du conduit osseux et la paroi externe de l'attique se sont éliminées spontanément comme un séquestre.

M. Milligan ne croit pas que le cas ait été une mastoïdite aiguë primitive; pour lui, il s'agit tout simplement d'une affection antérieure de nature chronique ayant subi une exacerbation aiguë.

M. Dundas Grant partage entièrement l'avis de M. Milligan.

M. Cheatle. — **Un cas de tuberculose du temporal chez un homme adulte** *(An adult patient suffering from tuberculosis of the temporal bone).*

Le malade avait une caverne cicatrisée au sommet du poumon droit. Le temporal fut subitement attaqué par le mal et au moment de l'opération il existait une vaste lésion qui s'étendait vers la dure-mère. Celle-ci était épaissie et très granuleuse. Le malade subit une opération dont les résultats furent des plus satisfaisants.

M. Milligan demande à M. Cheatle sur quoi il s'appuie pour affirmer la nature tuberculeuse de l'affection. Il ne pense pas qu'il

s'agisse d'un cas de tuberculose avérée, car on n'a fait ni l'examen bactériologique ni d'expériences d'inoculation. Chez des malades atteints de tuberculose il n'est pas rare du tout de voir survenir des lésions de l'oreille moyenne qui sont simplement d'origine pathogénique; ce qui fait que jusqu'à preuve du contraire il ne saurait considérer ce cas comme de nature tuberculeuse.

M. PRITCHARD n'a pas le moindre doute sur la nature tuberculeuse de l'affection.

M. MACKENZIE JOHNSTON dit que dans de pareils cas la présence du bacille dans l'oreille n'a qu'un intérêt scientifique et il ne voit pas l'importance que cela peut avoir au point de vue du traitement.

M. BALLANCE s'associe aux remarques faites par M. Milligan; pour lui aussi, rien ne justifie le diagnostic de tuberculose du temporal à l'appui duquel aucune preuve positive n'a été apportée.

M. R. LAKE fait remarquer qu'au North London Hospital pour tuberculeux, beaucoup de malades admis sont atteints d'affections de l'oreille moyenne et que l'examen bactériologique dans ces cas ne montre pas toujours l'existence d'une lésion tuberculeuse de l'oreille moyenne.

M. JOBSON HORNE dit que mieux vaut assurément avoir un diagnostic basé sur une preuve positive de tuberculose, mais parfois cette preuve est difficile à obtenir bien que les faits cliniques ne laissent dans l'esprit aucun doute sur la nature de l'affection. Cette difficulté, il l'a éprouvée lui-même, non seulement en clinique, mais encore sur la table d'autopsie. A l'examen *post-mortem* de quelques cas de suppuration de l'oreille moyenne, supposés d'origine tuberculeuse et où il existait de vastes lésions destructives, quoiqu'il n'eût aucune difficulté à obtenir des cultures d'autres organismes, il lui a été impossible de trouver le bacille tuberculeux soit d'une façon extemporanée, soit en cultures ou par inoculation à des animaux de produits de l'intérieur de l'oreille malade. Dans un seul cas, cependant, il a réussi à découvrir le bacille sur des coupes des parties molles situées immédiatement au-dessus de l'os nécrosé. Ceci montre la difficulté qu'on doit éprouver à trouver le bacille de la tuberculose, surtout si on le cherche seulement dans les parties les plus centrales de la zone atteinte d'où les bacilles disparaissent rapidement. Cependant la démonstration clinique, dans des cas de tuberculose de l'oreille, est souvent suffisamment pathognomonique pour permettre de baser là-dessus le diagnostic.

M. Secker Walker. — **Un cas de thrombose septique du sinus latéral associée à une mastoïdite et à un abcès rétro-pharyngien.**

Large intervention opératoire. Exfoliation d'une portion considérable du limaçon. Ce qui fait surtout l'intérêt du cas, c'est que le malade a en grande partie conservé l'ouïe.

M. Adolph Bronner. — **Épithélioma du conduit auditif externe** *(Epithelioma of the external auditory meatus).*

Présentation de coupes microscopiques.

M. Milligan. — **Cas mortel par hémorragie de l'oreille chez un enfant de deux ans et demi** *(Fatal case of hemorrhage from the ear occurring in a child aged two and a half years).*

L'enfant était atteint d'une suppuration de l'oreille moyenne. Au moment de son admission à l'hôpital il était extrêmement anémié par suite d'une hémorragie profuse. A l'examen, on trouva une cavité abcédée subauriculaire communiquant avec le conduit auditif externe. Ligature de la carotide primitive du même côté par le Dr H. Lund. Deux jours après, nouvelle hémorragie et mort. A l'autopsie, on trouva la carotide interne érodée et baignant dans la cavité abcédée ci-dessus mentionnée. M. Milligan demande si dans de pareils cas il est utile de lier les deux carotides.

M. Pritchard lit une note sur un cas de **perte temporaire de l'ouïe et de l'équilibre par abus de quinine.**

M. L. A. Lawrence présente des **spécimens d'une tumeur végétante de l'oreille.**

M. Macleod Yearsley présente des **macro et micro-photographies d'un cas de papillome du pavillon.**

M. W. C. Bull montre un **spécimen de nécrose centrale d'une portion des canaux semi-circulaires.**

M. C. H. FAGGE présente un **spécimen d'exfoliation du limaçon.**

Séance du 2 décembre 1901.

M. RICHARD LAKE. — **Un cas d'ablation de labyrinthe nécrosé** *(A case of removal of necrosed labyrinth).*

M. COBBLEDICK (présenté par M. Lake). — **Un cas de transmission visible de pulsations à une cicatrice du tympan** *(A case of visible transmission of pulsation to a scar in the membrana tympani).*

M. W. MILLIGAN. — **Opération mastoïdienne complète avec greffe** *(A patient upon whom the complete mastoid operation had been performed with greffing).*

La malade, âgée de trente-deux ans, était atteinte depuis plusieurs années d'une otite moyenne suppurée droite. La perforation était située dans la partie antérieure de la membrane de Shrapnell et en partie obstruée par des granulations. Écoulement très fétide. Fréquents accès de douleurs. Affaiblissement de l'ouïe. Au début, le traitement consistait en injections intra-tympaniques. Plus tard, on enleva le tympan, le marteau, l'enclume et la paroi externe de l'attique. La suppuration persistant et les douleurs de tête étant fréquentes, il fut décidé de pratiquer une cure radicale. L'opération a été faite et suivie de greffe d'après le procédé de Ballance. Le résultat a été excellent et l'ouïe de la malade s'est considérablement améliorée.

M. LE PRÉSIDENT dit que dans beaucoup de cas de greffe heureuse il y a amélioration de l'ouïe.

M. HILL demande si, dans un cas comme celui-ci, le malade entend par la fenêtre ronde ou si l'ouverture large exerce un heureux effet.

M. CHEATLE dit ignorer que le pouvoir auditif diminue après l'opération, mais le but essentiel de l'opération est de sauver la vie du malade.

M. MILLIGAN considère le curettage complet de la cavité tympanique et la libération de l'étrier d'adhérences inflammatoires comme les principaux facteurs de l'amélioration de l'ouïe dans des cas semblables.

M. CUMBERBATCH critique les vues sur le mécanisme de l'ouïe tel qu'on l'entend ordinairement. D'après lui, le rôle de la chaîne des osselets est de maintenir la tension nécessaire entre la fenêtre ovale d'un côté et la fenêtre ronde de l'autre.

MM. DUNDAS GRANT et C. A. BALLANCE. — Un cas d'abcès temporo-sphénoïdal *(A case of temporo-sphenoidal abscess).*

P. B..., âgé de huit ans, fut admis à Saint-Thomas Hospital le 21 août 1901 pour une otorrhée chronique droite consécutive à la rougeole qu'il avait eu il y a sept ans. Depuis sept semaines le malade avait de la fièvre et des maux de tête, et depuis un mois des vomissements alimentaires répétés. A l'admission l'enfant était très affaissé, couché sur le côté droit, les membres fléchis. La peau était terreuse et le corps émacié. L'intelligence était conservée, mais le malade se trouvait dans un état de somnolence et se plaignait de céphalées frontales. Paralysie oculaire droite. Pupille droite immobile et dilatée. Névrite optique du même côté. Parésie de la partie inférieure du côté gauche de la face, du bras et de la jambe gauches. La marche de la paralysie était : jambe, bras, face, la jambe ayant été frappée la première. Réflexes rotuliens vifs. Signe de Babinski. Pas de troubles sensoriels, ni rétraction de la tête. Un peu de pus fétide dans l'oreille droite. Température, 36°5. Pouls, 60.

Le 21 août, ouverture large de l'apophyse mastoïde. Une masse cholestéatomateuse occupait toutes les cavités. Un examen attentif des cavités antro-tympaniques ne fit découvrir aucune trace d'affection conduisant dans le crâne. On enleva les tegmina antri et tympani. Leur surface supérieure ne paraissait pas malade, mais la dure-mère mise à nu n'était pas animée de battements quoiqu'elle parût normale, n'étant ni ramollie ni altérée de couleur. Un bistouri a été plongé directement en haut, dans la dure-mère attique exposée et aussitôt, à travers l'incision mesurant un demi-pouce, jaillit un flot de pus dont il s'est écoulé une grande quantité (trois onces au moins). A l'aide d'un stylet on put se rendre compte que la cavité dans le cerveau s'étendait en avant jusqu'à la pointe du lobe temporal et en arrière dans l'occipital. On insinua dans

l'abcès une étroite lanière de gaze, pour faire drain, et la plaie a été pansée comme d'habitude.

La convalescence a suivi un cours normal. Une petite hernie s'est formée, pas plus grosse que la moitié d'une noix. Le 20 septembre, le malade quitta l'hopital complètement guéri.

Le microorganisme ayant provoqué l'abcès était le *Bacillus coli communis*.

M. C. A. Ballance. — **Un cas de déchirure de la dure-mère fermée par une greffe épithéliale** *(A case in which a ragged opening in the dura was closed by an epithelial graft)*.

Le malade, âgé de cinquante-neuf ans, est admis à Saint-Thomas Hospital le 7 mai 1901. Otorrhée chronique double datant de plusieurs années. Douleurs dans l'oreille gauche; céphalées et vertiges fréquents. La portion interne du conduit auditif est obstruée par des masses de granulations.

Le 8 mai, cure radicale. On trouve des débris cholestéatomateux et du pus fétide dans toutes les cavités. La voûte osseuse de l'antre et de l'attique n'existe plus. La dure-mère, dans cette région, est ramollie et granuleuse.

Le 24 mai, greffe épithéliale. Depuis la dernière opération, le malade a mauvaise mine, de violents vertiges et des céphalées. Dans la dure-mère attique, on trouve une déchirure déchiquetée, longue de 1/3 de pouce et à travers laquelle on aperçoit le cerveau. Une petite quantité de liquide clair s'échappe par cette ouverture. La greffe est arrangée de façon à couvrir l'orifice. Le 7 juin, on enlève le tampon qui maintenait la greffe et deux jours après le malade quitte l'hopital tout à fait guéri.

Le 16 novembre, le malade fait savoir que son état de santé continue à être excellent.

M. F. C. Abbott. — **Un cas de carcinome à marche rapide du conduit auditif externe** *(A case of rapidly-growing carcinoma of the auditory meatus)*.

M. le Président commente le fait que, dans le présent cas, la tumeur ne paraît pas avoir pris naissance dans la cavité tympanique. Son point d'origine semble être un point quelconque du

conduit auditif. Il n'a jamais vu de cas où la tumeur maligne ait pris naissance dans cette situation; de pareils cas, c'est-à-dire une tumeur maligne du conduit avec un tympan et une oreille moyenne sains sont extrêmement rares.

M. CHEATLE rappelle qu'au cours de la dernière session, M. Bronner a présenté deux cas, et lui-même un cas de ce genre. Chez son malade, la tumeur a pris naissance dans le conduit et était un carcinome glandulaire. Par son aspect elle ressemblait à un furoncle et il l'incisa. Mais quand la tumeur se développa un peu plus, il comprit de quoi il s'agissait et enleva le tout du par le conduit.

M. BRONNER établit une grande différence, au point de vue du pronostic, entre les tumeurs nées dans l'oreille moyenne et celles ayant leur origine dans le conduit.

M. MILLIGAN a eu l'occasion d'observer en même temps trois cas de carcinome du conduit auditif. Dans un cas, la tumeur ressemblait beaucoup à celle présentée par M. Abbott, grosse masse fongueuse dans l'oreille droite. Le néoplasme a érodé la carotide. Le malade a succombé à une hémorragie. M. Milligan demande à M. Abbott s'il a l'intention d'opérer le malade et, si non, a-t-il l'intention de faire des injections de formaline dans la tumeur dans le but d'amener la sclérose d'une partie du néoplasme, ce qui aura pour résultat d'atténuer considérablement la douleur?

M. ABBOTT répond que depuis qu'il a acquis la conviction que le liquide exsudé était du liquide céphalo-rachidien et que le temporal était érodé, il a décidé de ne pas intervenir. Il remercie M. Milligan de lui avoir suggéré l'idée d'injections de formaline et va essayer de ce procédé.

M. WAGGETT a eu à traiter, il y a quelques années, un cas qui a été beaucoup soulagé par des injections de pyoctanin. Le cas a été publié dans *The Journal of laryngology*, en 1894 ou 1895.

M. FAGGETT croit que la tumeur est associée à un ulcus rodens et propose d'employer dans ce cas les rayons de Röntgen. Il connait un cas d'ulcère rodens qui, traité de la sorte, a presque entièrement disparu.

M. YEARSLEY a récemment vu un très gros carcinome. Le malade, qui recevait les soins du Dr Bryant, a beaucoup bénéficié du traitement par les rayons de Röntgen.

M. A. H. Cheatle. — **Un cas de membrane anormale dans le conduit auditif** *(A case in which an abnormal membrane was present in the osseous meatus).*

G. C..., vingt ans, entre au King's College Hospital le 2 novembre 1901, se plaignant de surdité des deux oreilles, la gauche étant la plus atteinte. Il y a quinze ans, écoulement de l'oreille gauche à la suite d'une rougeole; depuis, l'oreille continue à suppurer avec des intervalles d'arrêt plus ou moins espacés. L'oreille droite n'a jamais coulé et le malade prétend n'y avoir jamais fait d'injections. Le début de la surdité droite date de quatre ans, quand il se fit opérer au Golden Square Hospital pour des végétations adénoïdes. A l'examen, on trouve une membrane bleu grisâtre, flaccide, s'étendant à travers le conduit, à 1 centimètre du tragus. Après avoir déprimé la membrane avec le spéculum de Siegle, on peut de nouveau la faire bomber par l'expérience de Valsalva. Le cathétérisme fait entendre un son normal. Le tympan gauche est presque complètement détruit. L'audition à la montre est de 1 pouce à droite et de 1/4 de pouce á gauche. Pas de lésions nerveuses.

M. le Président croit que la membrane est constituée par du tissu cicatriciel.

M. Mac Naughton Jones cite un cas où la membrane était complètement étendue à travers le conduit. Cette membrane a été excisée pour un accès de douleur, et derrière, on n'a point trouvé de tympan.

M. Scanes Spicer considère cette membrane comme une membrane tympanique, très distendue et bombée.

M. Milligan se prononce pour l'origine congénitale de cette membrane.

M. C. H. Fagge. — **Spécimen d'affection tuberculeuse du temporal** *(A specimen of tuberculous disease of the temporal bone).*

A. C..., treize ans. Pas d'antécédents héréditaires de phtisie pulmonaire ou d'autres lésions tuberculeuses. La malade est bien portante jusqu'en 1899; à cette époque, elle a la fièvre scarlatine et, bientôt après, otorrhée consécutive. Celle-ci persiste malgré un traitement suivi à Saint Guy's Hospital,

ablation de polypes, et injections antiseptiques. En juillet 1900, paralysie faciale droite ayant duré quelques jours; en août, nouvelle attaque de paralysie faciale. En septembre, plus de paralysie, mais on trouve à l'examen une tuméfaction dure, au-dessous du lobule droit; l'otorrhée n'est pas diminuée.

Le 7 septembre, M. Fagge pratique une cure radicale du côté droit et, en incisant la tuméfaction au-dessous de l'oreille, il trouve un abcès circonscrit communiquant avec l'oreille moyenne par un sinus ayant perforé la moitié externe du plancher de l'oreille moyenne. Curettage de l'abcès, extraction d'os nécrosé entre l'abcès et l'oreille moyenne; la cavité est laissée se combler de granulations. Le sinus guérit dans le courant d'octobre, mais l'oreille moyenne s'étant revêtue d'épithélium, il s'en écoule du pus une ou deux fois. En mars 1901, il existe encore des granulations sur le plancher de l'oreille moyenne. Aux environs de la Pentecôte, la malade n'étant plus en observation, nouvelle paralysie faciale droite et récidive de la suppuration. En l'absence de M. Fagge, le Dr Abbott fait rentrer la malade à l'hôpital, ouvre l'abcès rétro-auriculaire et curette toute la zone atteinte. A cette époque, l'état général de l'enfant était mauvais; elle était pâle, anémiée et souffrait beaucoup d'une adénite cervicale droite. M. Abbott porte le diagnostic de tuberculose généralisée. En juillet 1901, l'adénite ayant augmenté, quoique la santé se soit de nouveau améliorée, M. Fagge enlève tous les ganglions malades en divisant le sterno-mastoïdien. Plusieurs de ces ganglions sont en voie de suppuration et présentent, en beaucoup d'endroits, des foyers de tuberculose discrets. La température oscille entre 39°5 et 36°2. La névrite optique est moins marquée, mais quoique l'appétit et le sommeil se maintiennent, la malade dépérit de plus en plus.

Le 26 août (33 jours après l'opération), accès convulsifs, perte de connaissance, contractions spasmodiques de la moitié gauche de la face.

Le 29 août, double névrite optique très accusée, nombreux râles dans la poitrine, et, le 2 septembre, mort dans un état comateux.

A l'autopsie on trouva une entérite tuberculeuse et une tuberculose miliaire généralisée des poumons et des méninges.

Le temporal droit présentait une cavité lisse, résultat de l'opération radicale; le canal de Fallope était ouvert dans sa portion ascendante; le promontoire carié, mettant à nu le premier tour de spire du limaçon; et le canal carotidien était ouvert sur une grande partie de son étendue.

TRIVAS.

ANALYSES DE THÈSES

Du phlegmon ligneux, par le Dr François MARSOO.

Dans ce travail, l'auteur a en vue l'étude de ces inflammations chroniques, longtemps attribuées à la tuberculose et au cancer, et que Reclus, le premier, a décrites sous le nom de flegmon ligneux.

Il semble que la vieillesse, la misère, le surmenage, l'alcoolisme en soient la cause déterminante. Le siège le plus fréquent est le cou; le début est parfois très brusque, mais généralement il est insidieux. L'attitude de la tête est modifiée suivant le siège de la plaque indurée, qui a des dimensions variables. Cette plaque est surélevée, en général, et présente, à sa périphérie, un bourrelet; sa consistance est ligneuse; la coloration de la peau, normale au début, se modifie dans la suite; elle devient rouge vif au centre de la plaque, rouge sombre à la périphérie, et, à ce moment, la peau est adhérente.

La douleur éprouvée par le malade est souvent peu intense. Presque toujours il existe une céphalalgie en casque accentuée surtout pendant la nuit. Les troubles généraux sont peu marqués.

La durée du phlegmon ligneux varie entre quelques semaines et plusieurs mois. Il évolue de deux façons différentes :

Ou bien, et c'est la règle, certaines parties de la plaque deviennent fluctuantes et forment de petits abcès qui s'ouvrent, donnant lieu à des fistules très longues à guérir;

Ou bien la plaque soulève la peau, formant des bosselures étendues, séparées par des sillons; mais la dureté persiste au inveau des saillies et des dépressions. Puis, l'induration peut diminuer graduellement et la peau reprendre son aspect normal.

Le diagnostic est donc peu grave.

Le phlegmon ligneux n'est pas produit par un microbe spécifique, mais par tous les microbes dont les voies habituelles de pénétration sont les solutions de continuité des téguments. Il est probable que les microbes envahisseurs sont en petite quantité, et que leur virulence est considérablement atténuée. Dans cette affection, la réaction des tissus, au lieu de se manifester par les signes ordinaires de l'inflammation aiguë, se traduit par la prolifération du tissu conjonctif.

Le diagnostic du phlegmon ligneux présente parfois de grandes difficultés.

Le squirre en plaques diffus, de la glande sous-maxillaire, présente avec lui les plus grandes analogies. Un indice précieux est la cachectisation précoce dans le cancer.

Le sarcome non mélanique de la peau peut aussi, à cause de sa consistance dure, prêter à la confusion.

Le diagnostic différentiel devra aussi se poser avec le cancer du corps thyroïde, la dégénérescence scléreuse du corps thyroïde, une certaine variété dure de lymphadénome, l'adénite cancéreuse secondaire, la gomme tuberculeuse, la gomme syphilitique.

Enfin il faudra savoir le distinguer de l'actinomycose, dont l'évolution est presque identique.

Dans ce cas, il suffira de rencontrer dans la sérosité les grains jaunes à mycélium central, particuliers à l'actinomycose, pour éclairer le diagnostic.

Le traitement chirurgical paraît abréger la durée de la maladie : il consiste en incisions et drainages. Certains chirurgiens même n'attendent pas que la fluctuation soit manifeste pour intervenir. On peut aussi, avec la pointe fine du thermocautère, pratiquer de longues et profondes traînées. (Thèse de Paris, 1901.)

Dr G. DUPOND.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Les complications de l'angine de Vincent et leur pathogénie, par le Dr Simonin.

L'auteur a observé un certain nombre de sujets chez lesquels les lésions ulcéro-membraneuses de la région bucco-pharyngée, créées par l'association du bacille fusiforme et du spirille, furent suivies d'accidents secondaires variés; les uns cutanés, les autres intéressant les séreuses ou les grands parenchymes. Ces complications paraissent dues à l'intervention de microbes pyogènes, et principalement du streptocoque. L'association fuso-spirillaire se borne à créer l'ulcération locale, porte d'entrée pour les infections secondaires; l'expérimentation prouve, en effet, que bacille fusiforme et spirille sont incapables de se généraliser. Les lésions ulcéro-membraneuses de la langue ou de la bouche, territoires moins bien défendus au point de vue lymphatique que les amygdales, semblent surtout prédisposer aux accidents secondaires multiples et graves. Il peut arriver aussi que la complication par l'abjectivité de ses symptômes ou leur intensité, occupe toute l'attention de l'observateur, au point de lui faire méconnaître la lésion primitive dont il est pourtant essentiel d'obtenir au plus tôt la guérison. (Soc. méd. des hôpit., 6 déc. 1901. *Semaine med.*, n° 51, déc. 1901.)

Dr F. Ardenne.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Un cas de mucocèle du labyrinthe ethmoïdal avec troubles de l'orbite *(Ein Fall von Mukocele der Siebbeinlabyrinthes mit Veränderungen in der Augenhöhle)*, par le Dr A. Baurowicz.

Le malade, âgé de trente-deux ans, était venu trouver un oculiste pour un déplacement d'un des globes oculaires dû, comme il l'a constaté lui-même, à la présence d'un épaississement dans l'orbite correspondante. Interrogé sur le fonctionnement de ses fosses nasales, il dit qu'en effet, la fosse nasale correspondant à l'œil malade est depuis longtemps obstruée et respire mal. L'œil droit est dévié en avant et à

droite, il existe du larmoiement très prononcé et de la rougeur de la conjonctivite au niveau de l'angle interne. En se servant d'un verre rouge et en plaçant la bougie tout près du bord, on provoque de la diplopie en haut et en dehors (images non croisées). Le fond de l'œil est normal; vision = 6/5. Au niveau de la paroi interne de l'orbite, surtout à travers la paupière inférieure, on constate la présence d'une tumeur ovale du volume d'une fève qui occupe presque toute l'étendue de cette paroi. La surface de cette tumeur est lisse, elle est élastique et légèrement sensible à la pression. Dans la fosse nasale du même côté on trouve, outre une déviation de la cloison, une saillie au niveau de la surface inférieure du cornet moyen, occupant toute la partie visible du cornet moyen, le bout antérieur de ce cornet étant comme attiré en haut. Le malade n'a jamais eu de sécrétion nasale; quant à la difficulté de la respiration, il y était depuis longtemps habitué. On crut pouvoir établir un rapport entre la saillie de la paroi interne de l'orbite et celle de la fosse nasale. Pour se rendre compte des propriétés de la tumeur du méat moyen, l'auteur introduisit une sonde qui se heurta à une résistance élastique, et, sans déployer un trop grand effort, il put perforer la tumeur et faire pénétrer la sonde dans sa cavité. Après avoir retiré la sonde, il constata, au point où a été faite la perforation, une goutte d'un liquide gris trouble. Au moment où la sonde avait pénétré dans la cavité, le malade avait ressenti une douleur au niveau de l'œil. On proposa au malade l'ouverture de la cavité par la fosse nasale; l'opération ne pût être faite que quelques mois plus tard, et, à cette époque, il ne présentait plus aucun des troubles décrits plus haut. Voici comment les choses s'étaient passées : le lendemain de la première visite, le malade fut pris d'un accès d'éternuements, au cours duquel il s'écoula du nez une grande quantité de sécrétion muqueuse, après quoi il ressentit un grand soulagement. L'écoulement, quoique moins abondant que ce jour-là, avait persisté pendant quelques jours encore, et le malade s'aperçut à un moment donné que le globe oculaire avait repris sa position normale et que la saillie qui y existait avait complètement dis-

paru. En même temps, la respiration était devenue plus libre. La sécrétion se renouvelle encore de temps à autre, très peu abondante, il est vrai. L'examen du nez et de l'œil n'avait plus révélé à l'auteur rien d'anormal.

L'auteur croit qu'il s'agissait dans ce cas d'une cavité uni-cellulaire ayant son point d'origine soit dans le labyrinthe ethmoïdal antérieur, soit dans la partie antérieure du cornet moyen. Pour prouver qu'il s'agissait d'une bulle osseuse, il aurait fallu extraire et examiner la paroi, ce qui n'a pas été fait. L'auteur n'en croit pas moins que le mucocèle avait pris naissance dans un kyste osseux, ce qui paraît plus naturel que l'explication par l'extension et par le développement d'une dégénérescence kystique de la muqueuse. Les kystes qui se produisent dans les sinus du nez, à la suite d'un processus inflammatoire de la muqueuse, n'ont rien de commun avec les mucocèles, pas plus que les kystes qui se forment dans les polypes de ces cavités. Dans le cas en question, dès que la pression exercée par le contenu de la cavité sur des parois avait cessé, le gonflement a disparu. Le fait que la sécrétion reparaît encore de temps à autre prouve que les parties de la cavité continuent à produire une sécrétion.

L'oculiste qui a examiné le malade le jour même où l'auteur l'avait revu pour la dernière fois, put s'assurer à l'aide du doigt que, pendant que le malade se mouchait, il se produisait un gonflement de la paroi interne de l'orbite, là où siégeait autrefois la tumeur, ce qui s'explique par la pression exercée par l'air sur la partie atrophiée de la lame papyracée. (*Archiv f. Laryngol.*, XII, 2, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

OREILLES

La suppression du tamponnement à la suite de l'opération radicale, par M. le Dr A. VON ZUR MÜHLEN.

L'auteur s'attache à opérer d'une façon aussi conservatrice que possible, c'est-à-dire à n'enlever du tissu osseux que ce qui est strictement nécessaire pour permettre un accès dans toutes les cellules et cavités. Il en résulte une cavité relativement peu étendue, et dont l'épidermisation

s'accomplit plus facilement et plus rapidement. Sans vouloir discuter les différentes méthodes plastiques proposées jusqu'ici, l'auteur croit qu'il faut être éclectique et employer telle ou telle autre, suivant le cas, et s'en tenir toujours aux moins compliquées.

La suture de la plaie rétro-auriculaire est pratiquée immédiatement à l'aide de fils de celluloïde qui, à leur solidité, joignent l'avantage d'empêcher la suppuration des orifices de suture.

Le premier tampon de gaze iodoformée est laissé en place pendant six jours; le suivant, beaucoup plus lâche, est enlevé au bout de deux à trois jours. A partir de ce moment le tamponnement est abandonné. Le malade est pansé tous les jours, et l'oreille lavée à l'eau chaude, qui enlève les sécrétions irritantes qui se produisent au niveau de la plaie et empêchent la macération de l'épithélium nouvellement formé. Le jet ne doit pas être trop fort, de façon à ne pas chasser les microorganismes et les particules de la sécrétion dans les sécrétions molles.

Dans les cas de sécrétion très fétide, l'eau chaude sera remplacée par une solution de naphtaline à 10 0/0, ou par de l'huile de naphtaline, la naphtaline étant une substance peu irritante et très désodorante. Il est vrai que la suppression du tamponnement favorise la prolifération du tissu de granulation. Mais cette prolifération devient rarement exagérée, et, lorsque c'est le cas, le fait doit être attribué plutôt à un foyer osseux ayant échappé à l'opération.

On peut toutefois enlever ces granulations lorsqu'elles deviennent vraiment trop abondantes et qu'elles se trouvent localisées dans des régions telles que l'aditus, à l'aide du curettage sous l'anesthésie cocaïnique.

La prolifération du tissu de granulation peut être abondante au point d'amener une sténose et de créer une séparation entre l'oreille moyenne et l'apophyse mastoïde; il peut en résulter une rétention du pus et un danger de réinfection; dans ces cas, heureusement assez rares, il sera toujours facile de changer de conduite et de recommencer le tamponnement.

Ce phénomène ne s'est produit que dans un seul cas

parmi ceux que l'auteur avait eu à soigner. Il s'agissait d'un garçon de quatorze ans atteint d'otorrhée post-scarlatineuse. Quinze jours avant que l'auteur le vît, le malade eut une paralysie faciale et une série de symptômes qui ne pouvaient être expliqués que par une rétention du pus.

Le conduit auditif était rempli de granulations. Au cours de l'opération on trouva une carie étendue du tissu osseux et une cavité irrégulière, anfractueuse, des dimensions d'une noix, remplie de masses cholestéatomateuses; l'aditus et la caisse étaient pleins de granulations, et les parois de la caisse dénudées de périoste en plusieurs points. On mit à nu le sinus, sans ouvrir la fosse cérébrale moyenne. L'os était éburné. Aussitôt après l'ablation du premier tampon il se forma une membrane semblable à une membrane croupeuse et qui tapissait toute la cavité. On put l'enlever avec la pince en lamelles assez étendues; il existait en même temps une sécrétion abondante, et des granulations se formaient sans cesse et d'une façon tout à fait exagérée, se reproduisant aussitôt enlevées.

Cependant la membrane mentionnée plus haut avait disparu et la paralysie faciale également. On put bientôt se rendre compte que cette prolifération exagérée du tissu granuleux était due à la présence, au fond de la cavité, de tissu osseux en voie de carie.

Sans se presser d'opérer, l'auteur attendit que la carie fût assez avancée, de façon à rendre l'extraction du séquestre plus facile. La deuxième opération fut donc pratiquée trois mois et demi après la première. Le séquestre, assez petit, en forme de croissant, pouvait bien provenir des canaux semi-circulaires.

A partir de ce moment, la convalescence fut rapide, et, un mois plus tard, le malade était complètement guéri.

Dans un autre cas il s'agissait d'un homme de trente-deux ans chez lequel on trouva également une cavité cholestéatomateuse des dimensions d'une noix, avec granulations dans l'aditus et l'attique.

Il fut opéré le 8 novembre 1899; un mois après l'opération il était complètement guéri, et l'épidermisation de la cavité complète, malgré la suppression rapide du tamponnement.

L'auteur cite encore plusieurs autres cas semblables qui montrent l'avantage du procédé recommandé par lui, à la condition, toutefois, de ne pas oublier qu'il existe des cas où il faut savoir varier ses moyens et ne pas être absolu. (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXXIX, 4, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

Abcès du cervelet. Évidement. Fistule labyrinthique. Trépanation vers le cervelet. Guérison (Extr. du *Jahresbericht der Kgl. Univers. Ohrenklinik zu Halle*), par les Drs GRUNERT et SCHULZE.

Jeune fille de vingt-deux ans. Entrée le 15 mars 1901.

Se plaint de bourdonnements et d'une otorrhée gauche peu abondante. Quelques vertiges et douleurs de tête; autrement bien portante, ni sucre ni albumine dans l'urine.

Perforation de Schrappnell à gauche. Pus fétide. La sonde tombe sur de l'os carié. Perforation sèche à droite. L'examen fonctionnel fait supposer une lésion labyrinthique à gauche. Pas de fièvre.

Extraction du marteau et de l'enclume le 18 mars.

Le 22 mars, 38°2. Paralysie faciale gauche. Rien à l'examen de l'œil. La mastoïde est sensible. Du 22 au 31, la température oscille entre 37 et 38°; la sensibilité à la mastoïde diminue cependant pour cesser le 2 avril. La paralysie faciale, entre temps, va mieux, et la malade peut déjà fermer l'œil.

Mais l'affection ne va pas tarder à empirer; les douleurs de tête reprennent, s'irradiant vers l'occiput, il y a des vertiges et des vomissements; et, le 9 avril, on se décide à l'évidement.

Carie étendue des parois de l'antre et de l'attique, qui sont recouvertes de granulations. Un peu de pus dans l'antre. La muqueuse de la pointe est fortement hyperémiée, sans pus net. Le sinus est mis à nu sur une étendue de 3 centimètres; ses parois non décolorées sont recouvertes de quelques granulations peu apparentes.

Le soir, pas d'amélioration des douleurs de tête. Température 37°2, pouls 70, régulier; rien aux pupilles, fond d'œil normal.

Le 10 et le 11, l'exaspération de la céphalée vers l'occiput et la nuque, pouls de 56 à 60, température au-dessous de 37, constipation.

Le 12, vomissements et vertiges quand la malade lève la tête. Ponction lombaire : liquide sous pression manifestement trouble, mais sans bactéries; pas d'augmentation du nombre des leucocytes. Trépanation de la fosse cérébelleuse; on y trouve un abcès gros comme un œuf de poule. Le pouls remonte de suite; le soir il est à 114, la température à 37°8.

La céphalée disparaît, mais les vomissements continuent. Angine; la température remonte un peu.

Premier pansement le 15 avril. Hernie cérébrale très forte. Résection d'une partie nécrosée. La plaie antrale suppure peu. Juste en-dessous du canal horizontal, on trouve une fistule labyrinthique. Croyant trouver un abcès sous-dural profond, on fait sauter à la gouge la partie pyramidale postérieure; pas de pus.

Du 16 au 19 avril, nystagmus horizontal, paralysie des abducteurs à gauche. Les pansements sont fortement imbibés de sérosité; on est forcé de les renouveler souvent. La hernie augmente; élimination d'une partie nécrosée. Incontinence d'urine. Vomissements presque journaliers. Le labyrinthe ne suppure plus.

Apyrexie à partir du 24. Pendant un mois encore, les vomissements continuent très fréquents, souvent incoercibles; ils ne cèdent qu'à des lavages répétés de l'estomac. La hernie cérébelleuse ne se rétracte pas vite et ne commence à se fermer que vers le 6 juin; il y a encore souvent des nausées et des vomissements, et plus d'une fois, le pouls petit et dépressible nécessite des injections d'éther et de sérum. La paralysie faciale est guérie complètement.

La malade fait de nouveau une angine vers le 28 mai et ne commence à se remetre et à se nourrir qu'à partir du 6 juin; le 6 juillet, elle est presque complètement guérie, se lève, augmente en poids. Le 10 août, la plaie antrale sécrète encore.

On pourrait supposer que l'abcès cérébelleux ait pu avoir

pour cause une infection le long du facial lésé pendant l'extraction des osselets. A relire l'observation on voit cependant qu'il ne pouvait s'agir que d'une compression et non d'une fonte purulente du tronc nerveux, autrement la paralysie ne se serait pas guérie aussi vite. L'infection du cervelet par le labyrinthe est fort probable, mais la lésion labyrinthique existait déjà avant la première intervention sur les osselets comme le montre l'examen fonctionnel pratiqué de suite. Du reste, un abcès cérébelleux aussi gros, développé au milieu d'une substance enflammée profondément, puisqu'elle fait hernie, fait supposer une lésion bien trop ancienne.

A remarquer que le diagnostic n'a pu s'établir que successivement et pour ainsi dire par exclusion, et que les symptômes de l'abcès cérébelleux ne devenaient nets que dans les premiers jours qui suivirent l'évidement.

On pouvait à ce moment exclure toute méningite à cause de l'absence de toute température exagérée. La ponction lombaire a donné un liquide louche, mais sans que les leucocytes fussent trouvés augmentés en nombre, ce qui est le seul cas observé chez Schwartze, où trouble du liquide et hyperleucocytose ne furent pas équivalents. On n'a d'ailleurs, pas pu déterminer la cause exacte du trouble.

Le pouls remontait de suite après la trépanation; mais ce qui assombrissait malgré tout le pronostic c'était la sortie d'un liquide séreux, un peu sanguinolent, qui suintait de l'ouverture crânienne : elle ne s'expliquait que par une communication avec un ventricule, communication heureusement peu large et qui a dû se fermer assez tôt. D'ailleurs, le nystagmus et la paralysie oculaire montraient bien qu'en ce moment l'irritation cérébrale était assez profonde.

Les vomissements incoercibles, les symptômes cardiaques après la trépanation ont été mis sur le compte de l'irritation très vive qu'entretenait la hernie dans les régions voisines. Schwartze est persuadé que ce sont surtout les injections de sérum et les lavages méthodiques de l'estomac qui ont permis à la malade de se remettre et de guérir. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, n^{os} 1 et 2.)

Dr Bertemes.

Statistique des cas de maladies de l'oreille hospitalisés en 1900, par le Dr Depage, de Bruxelles.

Le service d'otologie de l'hôpital Saint-Jean étant dépourvu de lits, c'est dans les salles de chirurgie générale que les malades doivent être hospitalisés. Dans un certain nombre de cas, cependant, les malades sont renvoyés chez eux immédiatement après l'opération. On comprend les inconvénients d'un semblable système.

Les cas chroniques de mastoïdite sont au nombre de 13, compliqués : 1 fois de paralysie faciale, 1 fois d'abcès cervical et sous-dural, 1 fois de thrombose du sinus, 1 fois de septicémie.

Les cas aigus sont au nombre de 5.

En général, la plastique a été faite immédiatement dans les cas chroniques. Il n'y a pas eu de paralysie faciale opératoire si ce n'est dans 1 cas.

Les opérateurs étaient soit Depage lui-même, soit Labarre, soit Delstanche, soit Vince, soit Capart fils.

Les cas où il y a eu décès sont l'objet de publications spéciales. (*Compte rendu annuel du service de chirurgie du Dr Depage,* année 1900.)

Dr A. Capart fils.

VARIA

Quatre cas d'épithéliomes greffés sur lupus, par le Dr A. Morelle.

Le premier cas se rapporte à une dame de cinquante-trois ans. La tumeur, de nature papillomateuse, s'était surtout développée à la suite d'une cautérisation au nitrate d'argent et avait atteint 1 centimètre et demi de longueur, sur 2 et demi de largeur.

L'extirpation, pratiquée il y a cinq ans, n'a pas été suivie de récidive jusqu'à présent.

Le deuxième cas a rapport à une forme ulcéreuse chez une demoiselle de cinquante-huit ans. Le mauvais état général ne permit pas l'opération et la mort survint quatre mois après le début.

La troisième malade, Mme X..., de quarante-deux ans, subit une extirpation large précédée de la ligature de la caro-

tide primitive pour un épithéliome papillomateux qui siégeait à l'angle de la mâchoire inférieure. Quatre mois après l'opération, il y avait une petite récidive dans l'angle inférieur de la plaie, mais la malade refusa une nouvelle intervention.

La quatrième malade opérée, M^lle C..., de cinquante-un ans, mourut deux ans après de tumeur maligne abdominale sans qu'il y ait eu de récidive épithéliomateuse au visage.

Sur les 122 cas cités par Ashihara, il n'y a eu que 9 guérisons. L'épithélioma greffé sur lupus est donc beaucoup plus grave puisque le cancer cutané donne au moins 50 % de guérisons.

L'auteur pense qu'il faut chercher la cause de cette malignité spéciale dans la structure scrofulo-tuberculeuse du tissu sur lequel le néoplasme se développe. L'entreprise des ganglions est une rareté. La forme ulcéreuse est encore la plus grave de toutes.

Le traitement est chirurgical et doit tendre à exciser autant que possible la cicatrice du lupus. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. du Brabant,* n° 10, 30 octobre 1901.)

Dr A. CAPART fils.

Diagnostic d'une tumeur anévrysmale par les Rayons X, par le Dr Th. HUYBERECHTS.

Le malade, hanté par des idées de suicíde, tant son désespoir était grand, présentait un véritable cornage.

La radioscopie montre une tumeur pulsatile du volume d'un citron. Bien qu'il n'y eût pas d'antécédents spécifiques avoués, le traitement réussit pleinement et le patient avait pu reprendre ses occupations, quand il succomba subitement dans un accès de toux. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. du Brabant,* n° 10, 31 octobre 1901.) Dr A. CAPART fils.

Névralgie faciale. Résection du ganglion cervical supérieur, par le Dr DEPAGE.

Le malade, âgé de soixante-douze ans, souffrait depuis dix ans. Ce sont surtout les branches supérieures qui sont le siège de la douleur; les muqueuses nasale et buccale sont indemnes. Il y a néanmoins hydrorrhée nasale et larmoie-

ment. L'ouïe est affaiblie, le goût normal. L'opération se fait d'après les indications de Jonnesco. Les suites sont normales, mais, après un répit de huit jours, les accès reviennent comme auparavant. Le larmoiement a augmenté et la pupille est contractée du côté opéré. (*Compte rendu annuel du service de chirurgie du Dr Depage,* année 1900.)

Dr A. CAPART fils.

NOUVELLES

Société française de laryngologie. — La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira le lundi 5 mai 1902, à huit heures du soir, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, Paris.

Le titre des communications devra être adressé, *avant le 15 avril*, au Secrétaire général, M. le Dr JOAL, 17, rue Cambacérès, Paris.

A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes :

1° *Traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée;* rapporteur, M. GAUDIER, de Lille.

2° *Traitement des sténoses fibreuses du larynx;* rapporteur, M. COLLINET, de Paris.

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le premier numéro d'un nouveau journal consacré à l'étude des maladies du larynx, des oreilles et du nez. Il a pour titre : *la Presse oto-laryngologique belge.*

Cette revue mensuelle est dirigée par les Drs Delsaux, Heyninx et Labarre. Le comité de rédaction se compose de MM. Beco et Schiffers (Liège), A. Capart, Cheval et Goris (Bruxelles), et Broeckaert, Eeman et Gevaert (Gand).

Nous souhaitons la bienvenue à cette nouvelle feuille à laquelle nous désirons une longue et prospère existence. Elle prouve, une fois de plus, combien notre spécialité s'étend peu à peu dans tous les pays.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNÉE. N° 8. 22 FÉVRIER 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DES MASTOÏDITES LATENTES
ET DES DANGERS DE L'EXPECTATION DANS LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE MOYENNE
(*Suite*[1])

Par le Dr **BRINDEL**, de Bordeaux.

Je pourrais multiplier les exemples de mastoïdites évoluant en l'absence de symptômes généraux graves. L'observation suivante démontre jusqu'à l'évidence que le retour à un état général excellent, après une atteinte sérieuse de fièvre éruptive, peut s'effectuer d'une façon normale malgré l'évolution concomitante de lésions considérables, mais latentes, du côté de l'apophyse mastoïde.

Obs. IV. — Mlle C..., cinq ans, fait une scarlatine grave dans les premiers jours du mois de juillet 1900. Pendant le cours de la fièvre se déclare une otite moyenne suppurée gauche qui inquiète à juste titre la famille. Je suis appelé en consultation auprès de cette enfant le 22 juillet. L'état général était mauvais : facies pâle, amaigrissement très marqué, lassitude excessive. Du côté de l'oreille suppuration assez abondante, douleur à la pression au niveau de l'antre. Je me bornai, les premiers jours, à prescrire la désinfection soigneuse du conduit, par des irrigations, avec une solution d'alcool boriqué et à surveiller la marche de l'affection. Autant que possible je cherchais à gagner du temps afin de m'éloigner le plus que je pourrais du début de la scarlatine (la fillette se

1. Voir n° 7, du 15 février 1902.

trouvant en pleine desquamation au moment de ma première visite) si une intervention devenait indispensable. L'état local resta le même du 22 juillet au 15 août; mais, par contre, l'état général s'améliora beaucoup. Je vis de jour en jour se développer des symptômes qui vinrent me confirmer dans le diagnostic de mastoïdite que j'avais posé dès le début : des fongosités apparurent dans la caisse; la paroi postéro-supérieure du conduit s'affaissa; l'apophyse mastoïde se tuméfia très légèrement dans sa totalité; la douleur à la pression devint un peu plus marquée. Malgré cela *pas de fièvre, pas la moindre douleur spontanée.* L'enfant, tenue au lit à cause de sa scarlatine récente, demandait à grands cris à se lever.

Je proposai très carrément une intervention qui fut acceptée quelques jours plus tard, sur mes instances et sur celles de notre excellent collègue, le Dr Cassaët, médecin traitant, qui voulut bien me prêter son assistance pour l'intervention.

Celle-ci fut exécutée le 22 août 1900. Après avoir fait sauter à la gouge une épaisseur d'os noirâtre de un centimètre environ, du pus crémeux en abondance vint inonder le champ opératoire. J'évidai à la curette tout l'intérieur de l'apophyse. Elle renfermait une grande quantité de fongosités. La table interne avait été détruite par la suppuration à la partie postéro-inférieure de l'apophyse, le long du trajet du sinus latéral. Je plaçai un drain dans l'antre et suturai la plaie, à l'exception du passage du drain, après avoir nettoyé complètement l'apophyse et l'avoir aseptisée dans toutes ses anfractuosités au moyen d'une petite lanière imbibée de chlorure de zinc au 1/10.

Au premier pansement, le 25 août, pas une goutte de pus. La fillette va très bien. La cavité mastoïdienne se comble peu à peu sans suppuration aucune. La guérison était totale le 1er octobre 1900, quarante jours après l'opération.

Si donc nous n'avons, pour nous guider dans notre diagnostic, ni fièvre, ni douleurs spontanées ou du moins des douleurs très légères et très supportables, ni insomnie, ni inappétence, ni même le facies du malade dont nos pères tenaient un si grand compte dans l'établissement de leur pronostic, que nous restera-t-il pour engendrer notre conviction, pour nous déterminer à une intervention rapide?

A cela nous répondrons : *l'étude méticuleuse des symptômes*

locaux. Nous examinerons avec soin l'apophyse; nous inspecterons minutieusement le conduit et la caisse. Avec un peu d'habitude cela nous suffira pour établir notre diagnostic.

Il est bien rare qu'une mastoïdite, quelle qu'elle soit, évolue sans déterminer de modifications objectives et tangibles de la surface externe de l'apophyse; il faut savoir les découvrir. On juge surtout par comparaison entre le côté affecté et le côté sain. Placez le malade assis ou debout, le dos tourné à une fenêtre; faites-lui incliner fortement la tête, ramenez les cheveux vers le sommet du crâne et sur la ligne médiane s'il s'agit d'une femme. Vous plaçant vous-même entre la fenêtre et le malade, regardez et comparez les deux apophyses. S'il y a le moindre gonflement osseux, vous constaterez que le pavillon de l'oreille est écarté de la surface de l'apophyse et de la fosse temporale et projeté en bas. La face postérieure de la conque paraît plus large que celle du côté sain. Malgré cela, le pli rétro-auriculaire est intact.

Regardez maintenant la surface apophysaire : la mastoïde malade semble un peu plus volumineuse que la mastoïde saine. A la palpation, les saillies et dépressions qu'on trouve normalement à la surface de l'apophyse (linea temporalis, fossette immédiatement sous-jacente à la linea, saillie arrondie qui constitue la masse de l'apophyse, dépression correspondant à la rainure digastrique), ne sont plus appréciables ou le sont moins : la surface de l'os *est uniformément* globuleuse; elle est en outre *sensible à la pression*. La sensibilité a un point à peu près constant, c'est la région antrale, c'est-à-dire la région de l'os où se projette extérieurement l'antre mastoïdien. Ce point correspond à la dépression immédiatement sous-jacente à la linea temporalis. Chez certains malades la douleur à la pression sur l'antre est l'unique symptôme dont la persistance indique une lésion mastoïdienne.

Dans d'autres circonstances l'apophyse est également douloureuse au niveau de la pointe ou sur son bord postéro-

inférieur (zone du sinus latéral) : l'explication en paraîtra fort simple quand on aura vu les lésions apophysaires qui accompagnent l'évolution de ces mastoïdites silencieuses à gros délabrements, à délabrements d'autant plus considérables qu'elles évoluent plus sournoisement, sans attirer l'attention sur elles.

A une période plus avancée, les tissus périapophysaires participent parfois à la tuméfaction générale : on observe assez fréquemment, dans la mastoïdite latente, un empâtement autour de la pointe de l'apophyse, à la naissance du cou, ce qui indique une effraction prochaine ou effective de la coque externe au niveau soit de la rainure digastrique, soit de la face postérieure de la pointe apophysaire.

En général, quand il y a infiltration des tissus autour de l'organe, des douleurs spontanées apparaissent ou s'accentuent fortement et on n'a déjà plus affaire à une mastoïdite latente.

Certains auteurs ont prétendu que l'apophyse malade avait une température plus élevée que sa congénère saine, que cette différence était appréciable à la main. Dans quelques cas, nous avons pu retrouver ce signe; dans d'autres il n'existait certainement pas. La percussion de la mastoïde et sa transillumination ont donné, entre nos mains, des résultats trop infidèles pour pouvoir être utilisés avec fruit.

L'examen du conduit auditif au moyen du spéculum fournit, par contre, de précieux renseignements. Il permet de découvrir un symptôme qui a, pour nous, une très grosse valeur : c'est ce qu'on désigne en otologie sous le nom d'*affaissement* ou *chute de la paroi postéro-supérieure du conduit osseux.*

Au voisinage du cadre tympanique, sur le point du conduit qui correspond à la paroi antérieure de l'antre mastoïdien, l'os paraît faire hernie en quelque sorte dans la lumière du conduit qu'il rétrécit. Le rétrécissement produit par le refoulement osseux peut être assez marqué pour transformer

en une simple fente linéaire oblique la lumière primitivement cylindrique du conduit et dissimuler ainsi la membrane tympanique.

Quand cet affaissement existe et que l'antre est douloureux à la pression, il y a presque à coup sûr mastoïdite.

Si j'ai insisté sur l'étude des phénomènes locaux, c'est afin de bien faire ressortir l'importance qu'on doit leur attribuer : on ne saurait, en effet, s'entourer d'un trop grand nombre de renseignements pour arriver à la découverte de lésions qui, pour ne se traduire subjectivement par aucun des gros symptômes propres à attirer sur elles l'attention du malade et du médecin, n'en existent pas moins à un degré très marqué, mettant en péril la vie de celui qui les porte.

Quand on opère dans des cas de ce genre, soit en pleine mastoïdite latente, alors qu'à force d'éloquence et d'insistance on est parvenu à entraîner la conviction du malade, de son entourage, parfois même la résistance du médecin traitant, soit pour une complication redoutable survenue brusquement dans le cours d'une mastoïdite de cette catégorie, on est toujours étonné de la gravité des désordres que l'on met à jour.

Je ne ferai que rappeler, pour éviter des répétitions, les lésions trouvées chez les 11 malades atteints de mastoïdite sans otorrhée : 2 fois il y avait des abcès extra-duraux ; 5 fois une destruction de la table interne ; dans 4 cas, enfin, le pus et les fongosités avaient évidé l'apophyse. Les 4 malades dont nous rapportons plus haut l'observation avaient : le premier, un évidement de sa mastoïde tout entière par le pus et les fongosités, une nécrose de la table externe au niveau du conduit et de la pointe, une nécrose de la table interne sur une étendue de 1 centimètre carré au niveau du sinus latéral ;

Le deuxième, un évidement complet de l'apophyse, y compris la pointe, par le pus et les fongosités :

Le troisième, un évidement de l'apophyse par le pus et les fongosités, une nécrose de la table interne (2 centimètres de longueur) sur le trajet du sinus latéral; une nécrose de la table externe au niveau de la rainure digastrique;

Le quatrième, enfin, des fongosités plein l'apophyse et une nécrose de la table interne le long du sinus latéral.

Une observation mérite d'être citée *in extenso* en raison des lésions tellement accentuées qu'elles nécessitèrent l'emploi de la cure radicale de l'otorrhée.

Obs. V. — M^lle P..., seize mois, est amenée à la clinique le 16 mars 1898, pour une suppuration de l'oreille droite datant d'un an. Depuis le début de son affection elle est traitée en ville, par un de nos confrères, par de petites injections dans le conduit. Actuellement elle présente une suppuration très abondante et *fétide avec un état général des plus florissants*. Son apophyse est légèrement tuméfiée. En appuyant sur elle on fait sourdre, dans le conduit, du pus en assez grande abondance; après nettoyage, le conduit apparaît rétréci par de petits bourgeons charnus.

Opération le 16 mars 1898. — Après décollement du pavillon, *on trouve une apophyse largement ouverte extérieurement. La mastoïde est réduite en bouillie. Le tissu osseux est remplacé par des fongosités et deux séquestres.* Après nettoyage, la cavité mastoïdienne se trouve communiquer largement avec le conduit et la caisse du tympan. Il suffit de la régulariser pour avoir une cure radicale toute faite. *La table interne, en arrière, manque totalement :* le sinus baignait dans le pus et les fongosités. Il existe également une *nécrose de la pointe au niveau de la rainure digastrique.* Il n'a pas été besoin de donner un seul coup de gouge.

M. Moure, qui opérait ce malade, curetta soigneusement toute la cavité, fendit longitudinalement le conduit dont il enleva le lambeau supérieur. Il réunit ensuite, par première intention, la plaie rétro-auriculaire.

La cutanisation de ce vaste cloaque se fit sans incident. Elle était complète le 1^er mai 1898, c'est-à-dire quarante-cinq jours après l'opération. La guérison s'est maintenue depuis. La cavité antrale s'est fortement rétrécie pendant la cicatrisation.

Chez cinq autres malades, dont j'ai les observations sous les yeux, il existait également une nécrose de la table interne,

souvent très étendue, un évidement complet de l'intérieur de l'apophyse par le pus et les fongosités, et chez l'un d'eux une nécrose du toit de l'antre.

Extrême gravité et extrême étendue des lésions, telle est, en un mot, la caractéristique de la catégorie des mastoïdites latentes. La raison en est bien simple : elle réside tout entière dans le peu d'empressement qu'on met à ouvrir l'apophyse : on donne ainsi au mal tout le temps nécessaire pour faire des dégâts très étendus.

Il est intéressant de se demander avec quelle fréquence se présentent les mastoïdites latentes, et à la suite de quelles affections on les rencontre le plus ordinairement.

D'après ma statistique, une fois sur dix l'inflammation osseuse se développe insidieusement, avec les caractères que je viens de décrire, et c'est dans les fièvres éruptives qu'il faut rechercher le plus souvent l'étiologie de ces mastoïdites : scarlatine, rougeole et grippe tiennent un rang à peu près égal dans les antécédents immédiats de nos malades.

Il y aura donc lieu, chaque fois qu'on verra se développer une otite, dans le cours ou pendant la convalescence d'une quelconque de ces fièvres, de redoubler de surveillance autour de l'apophyse pour ne pas laisser s'installer de profondes lésions au sein du tissu osseux ou survenir de redoutables complications.

Le pronostic des mastoïdites latentes, comme d'ailleurs celui des autres formes de mastoïdites, dépend de plusieurs facteurs : *violence et nature de l'infection*, *état de l'infecté*, *conformation intérieure de l'apophyse*, *moment de l'intervention*. Un mot sur chacun d'eux.

On sait, par expérience, que certains états morbides, les fièvres éruptives, par exemple, et la scarlatine en particulier, déterminent assez rapidement des nécroses osseuses et des complications secondaires d'une très haute gravité dans les séreuses : le pronostic d'une mastoïdite consécutive aux fièvres éruptives devra donc être très réservé, et cela d'autant

plus que le sujet porteur de cette lésion aura été plus éprouvé par l'affection génératrice.

Si le malade atteint de mastoïdite latente semble conserver bien souvent un état général excellent, il ne s'ensuit pas qu'il faille traiter à la légère l'empyème de l'apophyse. Qu'on se rappelle les lésions rencontrées le plus souvent dans ce genre de mastoïdites, la destruction du tissu osseux, les fongosités recouvrant le sinus latéral et la dure-mère ; qu'on songe à ces anomalies si fréquentes dans l'intérieur de l'apophyse, à ces cellules aberrantes dont l'infection, toujours possible et souvent méconnue, a presque toujours des conséquences néfastes, et on sera convaincu avec nous que plus l'intervention se rapproche du début de la maladie, plus elle a de chance de réussir.

Malheureusement, pour les mastoïdites latentes, si le malade n'est pas surveillé de près, la lésion apophysaire échappe bien longtemps au patient et à son entourage, et, quand on intervient, on se trouve en présence de lésions extrêmement accentuées ou de complications graves contre lesquelles nous sommes souvent désarmés.

Aussi une ligne de conduite s'impose : il faut ouvrir la mastoïde dès qu'on a acquis la conviction qu'il y a du pus ou des fongosités dans son intérieur. On n'intervient jamais trop tôt ; mieux vaudrait faire une opération inutile, qui ne présente d'ailleurs aucune espèce de gravité, que s'exposer à voir succomber un malade par temporisation coupable. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet dans un instant lorsque nous démontrerons, avec observations à l'appui, à quoi on s'expose en restant sur l'expectative.

L'intervention, dans les mastoïdites latentes, présente le minimum de gravité en raison justement de l'excellence de l'état général du sujet. *Exécutée à froid* par une main exercée, elle peut être classée dans les opérations bénignes quelle que soit l'étendue des lésions osseuses apophysaires. Je dis à dessein exécutée à froid, en l'absence de toute complication

méningée ou sinusienne, car il est bien entendu que si on attend, pour ouvrir la mastoïde, qu'une méningite ou une phlébite se soit déclarée, la trépanation aura peu de chances de réussir. Dans le cas contraire, même avec une destruction totale de la table interne de l'apophyse et un évidement complet par le pus et les fongosités de la substance osseuse intra-mastoïdienne, la guérison survient fréquemment sans le moindre incident, sans qu'une seule goutte de pus ne s'écoule plus par le conduit ou ne se forme à nouveau dans la cavité soigneusement aseptisée au cours de l'opération.

Un cas récent de cette catégorie montrera jusqu'à l'évidence la justesse de ce que j'avance, c'est-à-dire la bénignité de l'intervention et de ses suites et la rapidité de la guérison, malgré de gros délabrements rencontrés au cours de l'opération. Cette observation me permettra, en outre, de fournir quelques données sur la technique à suivre en pareille occurrence. Voici le fait :

Obs. VI. — Un jeune ecclésiastique, l'abbé L..., vingt-deux ans, élève au Grand-Séminaire, m'est adressé à ma consultation par son médecin, le Dr P. Bitot, le 14 janvier dernier, pour une tuméfaction mastoïdienne récente dont le malade s'était plaint à lui dans la matinée seulement. L'abbé L..., croyant être atteint d'un simple furoncle, l'avait fait prier d'apporter, en venant le voir, son bistouri pour le lui ouvrir; mais notre confrère, reconnaissant une mastoïdite, eut l'amabilité de m'envoyer immédiatement le malade, qui m'apprit les faits suivants :

Fin septembre 1901, c'est-à-dire il y a trois mois et demi, après un bain de mer pris à Biarritz, ce jeune abbé reçut sur le dos, en se rendant à sa cabine, une pluie froide qui l'impressionna fort désagréablement. Quelques jours après se déclara, à l'oreille droite, une suppuration de la caisse qui ne fut pas soignée, et qui cessa, du reste, spontanément le 20 novembre suivant, après avoir duré deux mois environ. Quelques douleurs s'étaient montrées au début; mais elles avaient cessé dès que l'écoulement s'était établi pour ne plus reparaître du tout.

Le malade ne songeait plus à son oreille (la suppuration était tarie depuis un mois et demi). Toutefois, depuis huit jours il travaillait avec moins d'ardeur, se fatiguait vite, avait une sensation

de lassitude générale qu'il ne définissait pas et qu'il attribuait à un surcroît de travail intellectuel occasionné par l'approche d'un examen. Le *10 janvier*, il consulta à ce sujet notre même confrère, qui, songeant à une pointe de coxalgie dont le malade avait été atteint autrefois, conseilla un congé de quinze jours eu égard à son facies un peu souffreteux. L'attention ne fut en rien attirée sur l'oreille, dont l'abbé L... ne souffrait aucunement.

Dans la nuit du *11* au *12 janvier* survint une légère tuméfaction en arrière du pavillon de l'oreille, sur l'apophyse, au niveau de l'antre. Une douleur assez vive apparut également au même endroit. La tuméfaction s'accrut dans les journées du *12* et du *13*. Le *14* seulement le malade consulta son médecin, tant était minime l'importance qu'il attribuait à son prétendu furoncle. Jusqu'à ce jour, il avait, du reste, mené sa vie ordinaire.

En l'examinant, je confirmai le diagnostic de mastoïdite, me basant pour cela sur les commémoratifs et l'examen du sujet. Il existait une tuméfaction considérable et fluctuante sur la base de l'apophyse, en arrière du pavillon, dont les mouvements provoqués n'étaient nullement douloureux. Au niveau de la tuméfaction la peau était tendue, œdématiée et très sensible à la pression. Une pression, même légère, sur la pointe de l'apophyse, était également douloureuse. Il existait de l'otite catarrhale exsudative et le conduit était, lui aussi, au niveau de sa paroi postéro-supérieure, le siège d'une tuméfaction ayant des tendances à s'acuminer. Pas de pus dans l'oreille externe. État général bon.

Je diagnostiquai une mastoïdite latente, ouverte extérieurement, avec destruction très probable de la table interne.

Je proposai et fis accepter immédiatement au malade une intervention pour le lendemain matin *15 janvier*.

A l'incision des téguments le long de la rainure rétro-auriculaire un flot de pus crémeux sous pression vint me jaillir à la figure Après dénudation de la surface externe de l'apophyse, je reconnus une perforation de la table externe, au point correspondant à l'antre mastoïdien. Je n'eus qu'à agrandir à la gouge et au maillet, en me servant du protecteur de Stacke comme conducteur, l'orifice spontané de l'apophyse, pour mettre à découvert une vaste cavité remplie de pus et de fongosités, occupant la totalité de l'intérieur de la mastoïdite. Il n'existait plus de table interne de l'os; le sinus latéral et les méninges, recouverts de fongosités, formaient la paroi profonde de la cavité. Je les curettai, j'enlevai très soigneusement tout le tissu morbide et, après m'être assuré que le canal tympano-mastoïdien était libre, je passai un tampon imbibé de chlorure de

zinc à 1/10 sur la paroi de ma cavité, que je laissai en communication avec l'extérieur au moyen d'un drain de moyen calibre.

Je suturai le reste de la plaie, qui se trouva réduite au calibre du drain. J'appliquai un pansement humide.

Dans les jours qui suivirent, je ne constatai pas la moindre présence de pus, ni dans le conduit ni dans l'apophyse. Huit jours après l'opération, le gonflement périmastoïdien avait totalement disparu; j'enlevai les points de suture. L'état général du sujet, peu compromis d'ailleurs, s'améliora rapidement. Le malade est encore en traitement à l'heure actuelle; la guérison totale est une question de jours. La grande cavité créée par l'opération se comble peu à peu par des tissus fibreux, et, grâce à la réunion immédiate de la plus grande partie de la plaie, il n'existera aucune déformation extérieure.

N'est-ce pas là un exemple typique de mastoïdite latente? une mastoïdite qui met trois mois et demi à évoluer, qui n'altère pas l'état général du sujet, qui ne se traduit par aucune douleur spontanée et qui se révèle brusquement par une effraction de la table externe de l'apophyse alors que la destruction de la table interne est restée silencieuse et que la suppuration auriculaire est tarie depuis plus d'un mois et demi!

Il n'est pas douteux que si le malade avait éveillé plus tôt l'attention vers son oreille, on aurait pu porter longtemps auparavant le diagnostic de mastoïdite.

Quoi qu'il en soit, et c'est là l'objet de cette observation, malgré la gravité des lésions, l'opération n'a présenté aucun danger et les suites en ont été des plus bénignes.

L'intervention que j'ai exécutée chez ce malade constitue l'*évidement de l'apophyse*. Si la mastoïde n'avait pas été ouverte spontanément au lieu d'élection, j'aurais, de propos délibéré, attaqué l'os au même endroit et marché à la découverte de l'antre, précaution indispensable pour la réussite d'une telle intervention.

On ne doit plus se borner, comme on faisait autrefois, à découvrir l'abcès mastoïdien et à le drainer. Pour être com-

plet et avoir, par conséquent, une guérison sûre et rapide, il est nécessaire de curetter à fond les cellules mastoïdiennes malades en se laissant guider par les lésions, mais aussi de découvrir l'antre ou grande cellule, de le curetter soigneusement et de le désinfecter.

Je n'insiste pas sur la technique opératoire applicable aux mastoïdites, cela m'entraînerait trop loin; je me borne à dire que cet évidement des cellules et de l'antre, dans certaines circonstances, n'est pas suffisant et qu'il y a lieu de compléter son opération par la mise en communication de l'antre avec l'attique et le conduit, en mettant à découvert le canal tympano-mastoïdien et en abattant le mur osseux qui sépare l'antre de la lumière du conduit. C'est là ce qui constitue *notre cure radicale de l'otorrhée*. Nous l'exécutons quand l'attique est malade en même temps que l'antre et les cellules mastoïdiennes, dans les anciennes otorrhées par exemple, sur lesquelles est venue se greffer une inflammation aiguë de l'apophyse. Nous y sommes parfois conduits en opérant, quand il y a eu nécrose du conduit osseux qui sert de limite antérieure à l'antre mastoïdien. Hors ces cas spéciaux, nous pratiquons, pour les mastoïdites latentes simples, l'évidement mastoïdien.

(A suivre.)

ASSOCIATION BRITANNIQUE DE LARYNGOLOGIE

RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

Séance du 8 mars 1901.

M. Mayo Collier, président.

M. le Président lit une note sur **un cas de douleurs orbitaires et hémifrontales graves dues à une affection nasale**. La malade, une jeune dame résidant aux Indes, souffre depuis plusieurs années de violents accès périodiques de douleurs orbitaires du côté droit. Le début, toujours brusque, commence dans le globe oculaire pour s'étendre de

là aux régions temporale profonde et frontale supérieure. Les douleurs sont lancinantes et s'exagèrent par les mouvements. L'accès dure ordinairement de douze à trente-six heures et disparaît subitement. Pas de nausées, ni surdité, ni troubles nerveux anormaux. L'état général est autrement bon, excepté un catarrhe nasal et une tendance aux refroidissements.

Ayant été consulté sur l'origine nasale possible de ce trouble, M. Collier a trouvé du côté droit un cornet tellement hypertrophié qu'il était adossé à la cloison qu'il a repoussée à la cavité opposée ; la fosse nasale gauche était, par conséquent, presque complètement obstruée. L'application du galvano-cautère à la portion saillante du cornet hypertrophié eut pour résultat de débarrasser la malade de ses céphalées pendant six mois. M. Collier attribue la douleur à une compression du nerf nasal par l'hypertrophie, et indirectement du ganglion ophtalmique en connexion avec ce nerf.

M. Stocker. — **Cas de redressement du nez** *(Case of nose-straighteng)*.

M. le Président félicite M. Stocker du résultat obtenu par lui. Il est dans la chirurgie nasale un axiome : ne jamais laisser ni attelle, ni tube, ni tampon, ou tout autre corps étranger, si cela se peut. Personnellement il a rarement essayé de redresser la cloison, opération dont les résultats ne sont jamais satisfaisants.

M. Nourse. — **Un cas de syphilis congénitale des voies respiratoires supérieures** *(A case of congenital syphilis affecting the upper respiratory tract)*.

Quand le malade, jeune homme de dix-neuf ans, vint consulter pour la première fois, il existait un processus inflammatoire aigu de la partie supérieure du pharynx et du naso-pharynx, de même qu'une ulcération sur le côté droit du pharynx qui s'étendait dans le naso-pharynx du même côté. Du côté gauche il y avait des cicatrices. Le malade avait la voix enrouée, toussait surtout la nuit. Le côté gauche du nez était élargi ; il y avait une synéchie entre le cornet inférieur et la cloison masquée par une tumeur nodulaire rouge. Dans le

larynx, l'épiglotte était en partie détruite, et le reste tuméfié et rouge; les aryténoïdes étaient rouges et infiltrés et les cordes ulcérées. Le malade a été soumis pendant cinq semaines au traitement spécifique (iodure de potassium et mercure). L'ulcération pharyngée a guéri laissant de nombreuses cicatrices et une perforation du pilier antérieur droit, quoique la luette et le pharynx fussent encore rouges et œdématiés.

Père et mère, âgés de soixante et de cinquante-huit ans, bien portants; cinq frères également bien portants. Le malade présente dans la bouche et dans le nez de nombreuses cicatrices; les incisives centrales sont manifestement crénelées. Pas d'histoire d'autres troubles vénériens.

M. Bark. — **Kystes de la fossette glosso-épiglottique** *(Cysts in the glosso-epiglottic fossa).*

Il s'agit d'un homme de trente ans qui est venu consulter l'auteur le 3 mars 1900. Depuis quatre ans il présentait les symptômes suivants : hypersécrétion excessive de la salive, désir constant de déglutir qui produisait la sensation d'une masse à la base de la langue. La voix n'a jamais été atteinte, et la santé générale était bonne. L'image laryngoscopique a montré dans la fosse pré-épiglottique trois tumeurs globuleuses, blanc jaunâtre, à parois vascularisées. Une était du volume d'un raisin et était située à droite du ligament glosso-épiglottique moyen; la deuxième, beaucoup plus petite, près du ligament, et la troisième, du volume d'un pois, à gauche du ligament. Elles étaient molles et cédaient à la sonde. Toutes les trois furent enlevées avec la pince coupante.

Jusqu'à présent, trois cas de ce genre ont été rapportés dans la science. Le premier était un kyste du repli glosso-épiglottique; il a été présenté par Clifford Beale à la Société de laryngologie de Londres, le 11 mars 1896; le malade éprouvait à la déglutition une sensation particulière à la base de la langue et avait la voix altérée. Dans le deuxième cas, présenté à la même Société par Dundas Grant et R. Lake, le 9 décembre 1896, les symptômes étaient bien plus graves: depuis quatre ans, le malade souffrait de maux de gorge survenant par accès, une aphonie complète avec dysphagie et perte du

goût. Le troisième cas a été décrit comme kyste du repli glosso-épiglottique par Jousset, dans le *Nord Médical*, octobre 1896. Dans tous ces cas, l'ablation des kystes a fait disparaître les symptômes.

M. Bark attire l'attention sur la variété des symptômes dans les cas de ce genre. Dans ceux de Grand et Lake et aussi de Jousset, les symptômes étaient sérieux et alarmants, tandis. que dans son propre cas, le seul où les tumeurs fussent multiples, les symptômes étaient à peu près les mêmes que dans des cas de pharyngite catarrhale chronique des dyspeptiques ou que dans certains cas d'hypertrophie de l'amygdale linguale.

M. Bark. — **Cas d'épithélioma de la corde vocale droite quatre ans après l'opération** *(Case of epithelioma of the right vocal cord four years after operation).*

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, dont la corde droite, la bande ventriculaire et le cartilage aryténoïde ont été enlevés le 21 mars 1897, par la laryngo-fissure. Depuis, le malade se porte bien et parle d'une voix distincte.

L'examen microscopique fait par M. Newbolt a révélé la nature épithéliale de la tumeur.

L'image laryngoscopique montre une bande cicatricielle dure et d'aspect sain à la place de la corde enlevée. Pas de signe de récidive.

M. Lennox Browne félicite M. Bark de son succès et dit que l'Association doit lui être particulièrement reconnaissante, car la présentation d'un malade après une si longue survie fera beaucoup plus pour encourager aux opérations de cette nature que la simple relation de cas ou de données statistiques, cependant nombreux et concluants. M. Browne espère pouvoir présenter 5 cas personnels ayant subi la même opération et dont les malades sont tous bien portants après une survie respective de huit, six, quatre et trois ans. Mais il est convaincu que des cas trop avancés offrent très peu d'espoir pour une prolongation de la vie et une opération radicale n'en est pas justifiée.

M. Collier adresse également à M. Bark ses félicitations du brillant résultat de son opération. Les règles chirurgicales appliquées aux cas de cancer dans d'autres parties du corps doivent être appliquées à l'ablation du cancer des voies respiratoires supé-

rieures. Une ablation complète et large de la partie atteinte, dans le cas de M. Bark, n'a donné lieu au bout de quatre ans à aucune récidive et anatomiquement le larynx s'est parfaitement bien adapté à ses nouvelles fonctions.

M. Abercrombie (pour M. Orwin). — **Un cas de tumeur pharyngée** *(Case of pharyngeal growth).*

Un homme, âgé de trente-sept ans, vient à l'hôpital, le 27 février 1901, se plaignant d'éprouver depuis cinq ou six semaines la sensation d'une masse dans la gorge. L'inspection de celle-ci révèle aussitôt la présence d'une grosse tumeur arrondie s'étendant d'avant en arrière, du côté droit du pharynx, juste derrière le pilier postérieur, au delà de la ligne médiane de la paroi pharyngée postérieure. La limite supérieure de la tumeur est masquée par le voile du palais, tandis que la langue cache son bord inférieur. Au toucher, elle est ferme et mobile à une assez grande étendue. Le doigt peut atteindre ses limites supérieure et inférieure. Pas d'engorgement ganglionnaire bien marqué. Le seul symptôme dont le malade se plaigne est la présence d'une masse dans la gorge; pas de douleur, ni dysphagie, ni troubles respiratoires. La parole est altérée.

Les antécédents héréditaires ne révélent rien de particulier. Père et mère bien portants. Cinq frères et trois sœurs également bien portants. Quatre oncles paternels ont atteint l'âge de quatre-vingts ans. Pas d'histoire de tumeur maligne ou autre dans la famille, ni d'affections tuberculeuses. Le malade affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes.

M. Lennox Browne croit que la tumeur pourrait bien être un fibrome, mais que la rapidité de son évolution ferait penser à quelque variété de sarcome plus ou moins encapsulé. Selon lui, il faut tenter d'enlever la tumeur sans délai, avec trachéotomie préalable et introduction de la canule-tampon de Hans.

M. Kelson a vu deux cas analogues et a assisté à l'ablation des tumeurs. Dans les deux cas le voile du palais a été fendu pour faciliter l'ablation; les tumeurs furent extirpées à l'anse, aidée du doigt et des ciseaux. Les malades se portent bien. Il ne croit pas à la nature sarcomateuse de la tumeur.

M. Stocker montre **un cas de lupus du nez.**

M. Mayo Collier. — **Épilepsie et affections auriculaires** *(Case of epilepsy and aural disease).*

L'auteur communique une nouvelle note au sujet de ce cas déjà présenté à la dernière séance. Il a enlevé l'étrier et la plus grande partie du tympan du côté non atteint par l'exostose. L'opération eut pour résultat une amélioration de l'ouïe; en même temps, les bourdonnements ont diminué et les attaques sont tombées de quatorze par semaine à une seule. A la suite de cela on enleva le tympan de l'autre oreille et il est résulté une amélioration considérable de l'ouïe et de l'état général du malade.

Trivas.

ANALYSES DE THÈSES

Paralysies angineuses; paralysies consécutives aux angines diphtériques, par le Dr Louis Porhillat.

L'auteur ayant eu l'occasion d'observer une paralysie consécutive à une angine non diphtérique, l'idée lui vint d'entreprendre l'étude de cette question. De ses recherches, il résulte que, dans la littérature médicale, il n'existe que quatre cas semblables au sien. Les faits observés paraissent confirmer l'opinion de Gubler, qui admettait l'existence d'une paralysie angineuse non diphtérique.

La gravité de l'angine ne paraît pas avoir beaucoup d'influence sur l'apparition de la paralysie, car on peut voir survenir des paralysies post-angineuses après des angines très légères, comme aussi après des angines graves.

Cette variété de paralysie est extrêmement rare. Elle peut apparaître sans symptômes généraux pouvant faire prévoir le début des accidents. En général, si l'on étudie chaque organe paralysé, on trouve une grande similitude d'allures avec la paralysie diphtérique, qui détermine des troubles absolument analogues.

La durée des paralysies angineuses est variable et ne dépend pas de l'angine : leur pronostic est favorable.

Le seul examen clinique ne permet pas de déterminer la nature de la paralysie post-angineuse. Ce diagnostic ne peut être établi que par le diagnostic de l'angine qui lui a donné naissance. Il est extrêmement délicat, et demande des examens bactériologiques répétés. Quand on a pu, grâce à ces examens, écarter toute idée de diphtérie, il reste à se demander, devant une angine pseudo-membraneuse, quel a été l'agent infectieux. De tous les microbes signalés comme produisant ces angines pseudo-membraneuses, le streptocoque paraît être celui qui joue ce rôle capital dans les complications.

Dans les cinq exemples connus de paralysie angineuse et rapportés ici, l'infection semble avoir été de nature streptococcique.

L'auteur consacre ensuite d'assez longs développements à l'anatomie pathologique et à la pathogénie des paralysies angineuses. Passant au traitement, il estime que ce dernier sera surtout symptomatique : surveiller les troubles qui pourraient se produire; veiller au bon fonctionnement de l'intestin et de la vessie; avoir recours, suivant les cas, à l'arsenic, la kola, la coca, ou à la strychnine. L'électrothérapie est d'un puissant recours quand la période aiguë de la maladie est passée.

M. Pophillat termine son travail par les réflexions suivantes :

« L'historique montre comment des rapports morbides, qui échappaient en partie à nos devanciers, mais que la clinique leur faisait entrevoir, trouvent aujourd'hui leur explication par la microbiologie.

» Ainsi Gübler présentait l'existence des paralysies non diphtériques, sans comprendre ce lien qui existe entre l'affection causale et sa complication.

» Ces paralysies sont des exemples de lésions profondes que les maladies infectieuses déterminent dans les éléments nobles des centres nerveux; ces altérations aiguës, passagères, jouent peut-être un rôle primordial dans l'étiologie d'affections nerveuses, dont les causes sont encore mal connues, et qu'éclaireront, sans nul doute, les recherches de l'avenir.

» Le fait que le streptocoque peut déterminer des paralysies, même lorsque les désordres apparents paraissent limités au pharynx, amène sur un terrain mal exploré de l'infection. Il fait appel à nos connaissances sur le mode de pénétration des agents pathogènes, sur leurs conditions de succès ou d'échecs dans la lutte qu'ils livrent aux tissus.

» On en peut retirer encore des données intéressantes sur la diversité d'action des microbes. Le streptocoque, qui cause la septicémie des accouchées et l'érysipèle qui détermine certaines variétés d'angines et de broncho-pneumonies, peut encore provoquer au sein des tissus, soit par sa présence, soit par la sécrétion de poisons solubles, des désordres qui se manifestent par des paralysies. Ces idées paraissent simples aujourd'hui, et l'on croirait presque qu'elles sont aussi vieilles que la médecine, tant ont été rapides les progrès des théories infectieuses, tant a été profonde l'œuvre de Pasteur. » (Thèse de Paris, 1901.)

Dr G. Dupond.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Des anomalies vasculaires dans la région pharyngée *(Ueber Gefässanomalien in der Pharynxgegend)*, par M. le Dr K. Demme.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner, depuis 1890, plus de trois cents pharynx, et réunir un grand nombre d'observations cliniques relatives aux anomalies vasculaires de cet organe.

Les faits observés par lui peuvent être résumés de la façon suivante : la possibilité d'une hémorragie pharyngée opératoire dépend avant tout des rapports des vaisseaux avec la surface de l'organe. Ces rapports se manifestent, au point de vue clinique, par des secousses et des pulsations perceptibles sur une surface plus ou moins étendue du pharynx. Il faut distinguer entre les pulsations de vaisseaux situés anormalement et visibles sous la mu-

queuse, les dilatations anévrysmales bulbeuses ou caverneuses, et enfin les tumeurs vasculaires angiomateuses et pulsatiles.

Il faut, en outre, au point de vue de l'étude des anomalies vasculaires du pharynx, considérer à part : 1° la région pharyngée postéro-latérale; 2° la région tonsillaire comprenant l'amygdale, la niche amygdalienne, les piliers et le voile du palais.

1° Dans la portion postérieure du pharynx, la carotide interne forme souvent des anses qui, le plus souvent visibles et nettement délimitées, jouent un rôle insignifiant au point de vue clinique. Les lésions vasculaires mortelles dues à l'ouverture de la carotide interne ou plutôt d'une de ses anses, n'ont été observées que dans quelques cas, très rares heureusement, d'ablation de végétations adénoïdes. Les altérations anévrysmales de la carotide et les tumeurs angiomateuses en rapport avec la carotide sont très rares dans cette région.

2° En ce qui concerne la région amygdalienne, l'auteur trouve qu'il est incompréhensible que des vaisseaux aussi petits et étroits que les artères amygdalienne et palatine puissent donner lieu à ces hémorragies foudroyantes et rapides qui ont été observées à la suite de la tonsillotomie. De nombreuses recherches et expériences ont montré à l'auteur qu'une anse de l'artère linguale, après s'être insinuée entre les fibres du muscle styloglosse, se porte, ayant sa convexité dirigée en haut et en dedans, vers l'amygdale dont elle détermine les pulsations, qui sont plus prononcées dans le cas où les artères linguale et maxillaire externe proviennent d'un tronc commun. Il arrive encore, et ce fait a une grande importance au point de vue des hémorragies post-opératoires, que l'artère linguale décrit un arc très développé donnant naissance aux artères amygdalienne et palatine, qui présentent alors un calibre considérable.

Les dilatations vasculaires, dans cette région, sont presque toujours des tumeurs angiomateuses. Ces tumeurs, le plus souvent des sarcomes angiomateux de nature très

maligne, ne sont pas rares. L'auteur termine en citant l'observation d'un cas de ce genre qui confirme en même temps l'observation clinique d'après laquelle les pulsations de l'amygdale seraient dues à l'existence constante d'un arc de l'artère linguale. (*Wiener med. Wochens.*, n° 48, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Contribution à l'étude de l'ozène essentiel *(Beitrag zur Lehre von der genuinen Ozäna)*, par M. SIEBENMANN.

Au point de vue clinique, la notion de l'ozène est délimitée d'une façon beaucoup moins nette que cela ne paraît tout d'abord. Déjà la division en une forme fétide et une forme non fétide en est la preuve. Mais non seulement la fétidité et les croûtes, mais aussi l'atrophie des cornets et la dilatation exagérée des fosses nasales peuvent faire défaut dans certains cas. Au point de vue microscopique, il existe un signe caractéristique et qui ne manque jamais : c'est la métaplasie épithéliale. L'épithélium plat se trouve disposé de la façon la plus régulière et la plus étendue sur le cornet moyen, et c'est à cette région qu'on doit emprunter des lambeaux de muqueuse en vue du diagnostic microscopique.

L'auteur a montré sur le vivant que, dans l'ozène unilatéral, cette métaplasie épithéliale existe aussi dans la fosse nasale apparemment saine, mais, dans le cas de déviation de la cloison (fait assez fréquent dans l'ozène unilatéral) elle ne se produit que dans la fosse nasale la plus large. Et c'est ainsi que surgit de nouveau la question des rapports entre la dilatation exagérée des fosses nasales et l'ozène.

Tandis que les rapports entre les dimensions du crâne facial et l'ozène manifeste ont été étudiés à fond par Kayser et Meisser, ceux qui peuvent exister entre le rétrécissement des fosses nasales et l'ozène latent n'ont pas encore fait l'objet de recherches plus ou moins approfondies. Et cependant, l'observation citée plus haut rend probable la supposition d'après laquelle la métaplasie épithé-

liale serait aussi fréquente chez les sujets à fosses nasales rétrécies (leptorrhinie) que chez ceux dont les fosses nasales sont dilatées (platyrrhinie), mais que, chez les premiers elle ne se manifesterait par aucune symptôme (ozène latent).

L'auteur a fait faire par M. Minder, un de ses élèves, des mensurations sur cinquante crânes, suivies de l'ouverture, par les fosses cérébrales antérieure et moyenne, de tout l'ensemble de la cavité nasale et de ses cavités accessoires, et de l'excision de lambeaux de muqueuse pris au niveau des bords libres des cornets moyen et inférieur, aux fins d'un examen microscopique.

Il résulte, entre autres, de ces recherches que, dans les fosses nasales rétrécies, la métaplasie épithéliale s'observe aussi fréquemment que dans les fosses dilatées, et que que l'atrophie des cornets n'est pas plus rare chez les leptorrhyniques que chez les platyrrhiniques.

La métaplasie était accompagnée de croûtes et d'atrophie de la muqueuse dans 10 0/0 de tous les cas autopsiés, la métaplasie seule dans 25 0/0 du nombre total.

Que la métaplasie soit accompagnée d'empyème des sinus dans près de la moitié des cas de chacune de ces deux catégories, cela n'a rien de surprenant si on tient compte des statistiques déjà publiées et qui constatent largement ce fait. Ce qui est plus surprenant, c'est que, d'après la statistique de l'auteur, cette complication n'aurait été constatée que chez les leptorrhiniques.

Sans chercher pour le moment à expliquer le fait, l'auteur se borne à constater qu'il s'agissait le plus souvent de sujets tuberculeux, et que c'est là peut-être qu'il faut voir la raison de cette coïncidence de la métaplasie et de l'empyème; on sait, en effet, que c'est le type leptorrhinique qui domine chez les tuberculeux, et c'est à lui peut-être qu'on doit attribuer l'habitus tuberculeux. (*Zeits. für Ohren heilk.*, LX, 2-3, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

LARYNX ET TRACHÉE

Stridor congénital, par le Dr Cerf, d'Angers.

L'auteur vient de faire une étude détaillée des différents cas publiés dans la science. Il définit le stridor « un bruit qu'on remarque chez les enfants dès la naissance ou peu de temps après; une respiration retentissante, dont le maximum est nettement inspiratoire, mais qui peut empiéter sur l'expiration. Ce bruit revêt un caractère, un timbre différents suivant les cas; il varie d'intensité avec les circonstances, mais il est continu et persiste même pendant le sommeil. Il s'accompagne ou non de cyanose et de tirage ».

M. Cerf ne pense pas qu'on puisse rattacher à une seule et unique cause la production du stridor. Il en cite un exemple puisé dans sa clientèle, où la pathogénie du bruit paraît bien, si l'examen laryngoscopique qui en a été pratiqué par le Dr Martin est exact, devoir être rattaché à une malformation du vestibule du larynx. Chez le petit malade, âgé seulement de quelques jours, qui fait l'objet de cette observation, M. Martin constata, au laryngoscope, les lésions suivantes : « L'épiglotte a son bord libre plus épais qu'à l'état normal; de plus, au lieu d'être largement étalée et de présenter deux faces, l'une antérieure et l'autre postérieure, elle est repliée sur elle-même, de sorte que ses bords latéraux sont presque devenus postérieurs et se touchent. »

L'enfant se développa normalement. Le cornage diminua peu à peu; il a fini par disparaître quand l'enfant est calme, mais il reparaît, de temps en temps, à la moindre agitation.

Pour l'auteur, il n'y a pas un stridor congénital, maladie due à une cause unique, se traduisant par une symptomatologie précise, avec évolution régulière; il y a un symptôme, respiration stridoreuse, pouvant être observée chez les nouveau-nés dans plusieurs états pathologiques différents.

Ce symptôme apparaît dans les états morbides suivants :

Cornage vestibulaire congénital;

Ronflement des adénoïdiens;

Cornage de l'adénopathie trachéo-bronchique;
Cornage dans l'hypertrophie du thymus;
Cornage dans la laryngite obstétricale;
Cornage d'origine nerveuse.

A l'appui de chacune de ces subdivisions, M. Cerf cite des exemples personnels ou empruntés à la littérature médicale.

Il termine en disant que le stridor congénital n'étant qu'un symptôme, plusieurs des causes qui lui donnent naissance peuvent se trouver réunies.

Une bibliographie très complète est jointe à cette étude patiente et laborieuse, qui éclaire d'un jour nouveau la pathogénie encore si obscure du stridor des nouveau-nés. (*Archiv. de méd. des enfants,* n° 12, déc. 1901.)

Dr BRINDEL.

OREILLES

De la ponction lombaire dans le diagnostic des complications intra-craniennes des otites *(Bedeutung der Lumbalpunction für die Diagnose intracranieller Complicationen der Otitis)*, par le Dr IWAN BRAUNSTEIN.

Le chirurgien est souvent embarrassé en présence des complications cérébrales de l'otite purulente. De quelle nature sont-elles? Sont-elles localisées (thrombose du sinus, abcès cérébral, etc.) et peut-on espérer sauver son malade par une intervention, ou sont-elles généralisées aux méninges, cas dans lequel il n'y a plus rien à attendre d'une opération aussi radicale qu'elle soit? Il est certain qu'il nous a manqué jusqu'ici un moyen de diagnostic net et précis. La ponction lombaire peut-elle nous la donner? C'est la question que l'auteur cherche à résoudre en se basant sur 67 ponctions (48 malades) faites à la clinique de Schwartze dans les cinq dernières années. On ne peut nier que le grand nombre des observations et le soin avec lequel elles ont été prises ne soient d'un sérieux apport dans la discussion, outre qu'elles ont permis de préciser certains détails de la technique opératoire, de rechercher si elles sont dangereuses pour le malade, etc.

Ainsi pour ce qui concerne la technique, Schwartze n'em-

ploie pas le trocart à mandrin de Quincke, mais l'aiguille creuse : l'écoulement du liquide montrant de suite si on a pénétré dans le canal médullaire ou non. Il a augmenté aussi la longueur de l'aiguille et il l'emploie de 13 centimètres de longueur et de 1 millimètre de diamètre. L'aiguille de Pravaz peut suffire chez l'enfant. Elle est enfoncée entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire, un peu en dehors de la ligne médiane chez l'adulte, sur la ligne médiane même chez l'enfant, et dirigée franchement en avant chez l'enfant, en dedans et en haut chez l'adulte. Il se peut qu'on tombe sur l'os, ce qui tient à la trop grande obliquité en bas de l'apophyse épineuse de la vertèbre supérieure; on la retire et on l'enfonce perpendiculairement. Le malade est couché sur le côté, le dos courbé; l'anesthésie locale n'est pas nécessaire bien que la ponction soit réellement douloureuse.

On n'a pas pris de mesures manométriques, la pression normale n'étant encore pas nettement établie; on peut d'ailleurs l'évaluer à peu près d'après la force avec laquelle le liquide s'écoule.

On retire l'aiguille dès qu'il y a des symptômes de dépression cérébrale; si le malalde se plaint de céphalée, de nausées, de vertiges; si le pouls devient irrégulier; s'il y a des contractions dans le membre inférieur. Si le jet du liquide est trop fort dès le début, on interrompt pendant quelques minutes. Enfin l'aiguille est retirée quand le liquide ne sort plus que goutte par goutte. La masse du liquide retiré était ordinairement de 30 à 40 centimètres cubes; à ce chiffre on peut supposer qu'il vient de la cavité cérébrale.

L'analyse chimique n'a jamais été faite; elle n'a pas de valeur pratique. On a fait quelquefois des cultures et des injections expérimentales; mais ce qui doit surtout entrer en ligne de compte, c'est d'abord l'examen macroscopique et puis surtout l'examen microscopique, qui est encore précieux parce qu'il permet un diagnostic rapide.

Normalement, le liquide cérébro-spinal est clair comme de l'eau; il ne doit contenir que 1 à 3 leucocytes par champ microscopique. Dans les cas pathologiques, outre qu'il sort

sous pression, il est louche, trouble ou purulent. Le microscope y décèle des leucocytes en plus grand nombre, des corpuscules de pus, des microbes. Il suffit, pour diagnostiquer la nature méningitique de l'affection, de trouver des leucocytes en plus grand nombre; d'avoir, en somme, un liquide tant soit peu louche. Une fois seulement il était louche, sans qu'on ait trouvé de leucocytes ni d'autres éléments figurés, ce qui devait tenir à des réactions chimiques anormales.

La ponction a été infructueuse en tout quatre fois. Deux fois l'aiguille avait été trop courte; le troisième insuccès tenait à des lésions pathologiques spéciales au niveau de la moelle épinière; le quatrième n'a pu être expliqué.

La ponction lombaire peut donner lieu aux accidents passagers que nous avons cités plus haut. Elle a été suivie deux fois de mort subite. Le premier cas est dû, probablement, à l'aspiration du liquide consécutive à une première perte de 50 centimètres cubes, et paraît être imputable à la diminution trop brusque de la pression intra-cérébrale. Celle-ci serait surtout à craindre dans les cas de tumeurs cérébeleuses. L'accident — c'était d'ailleurs la première ponction faite à la clinique — ne s'est plus reproduit dans la suite, parce qu'on n'a plus fait d'aspiration en somme inutile, le liquide se trouvant toujours sous pression dans les états pathologiques. Le deuxième cas de mort est apparemment dû au chloroforme.

Quelle est maintenant la valeur diagnostique de la ponction lombaire? A ce sujet, le rapport conclut d'une façon absolument nette et précise, d'autant plus précise que dans toutes les observations le diagnostic a été contrôlé par l'intervention chirurgicale, l'évolution de l'affection ou l'autopsie.

Dans les 29 ponctions (25 malades) faites avec résultat négatif et où la masse du liquide pouvait faire supposer qu'il venait de la cavité cranienne, il s'agissait chaque fois de localisations très nettes, telles que thrombose du sinus, abcès périsinusien, abcès cérébral, thrombose avec abcès, phénomènes de compression; 10 malades ont pu être sauvés.

Dans 23 autres ponctions, faites sur 18 malades, le diag-

nostic de méningite purulente, posé d'après l'aspect macroscopique et l'examen microscopique du liquide, fut chaque fois pleinement confirmé par l'autopsie.

La conclusion s'impose, et la haute valeur diagnostique de la ponction ne fait plus de doute, malgré les dires contraires de plusieurs autres auteurs qui, d'ailleurs, ne présentent qu'un nombre restreint d'observations. Elle aura surtout de l'importance quand elle sera négative et aura permis d'exclure toute méningite : le chirurgien, sûr de trouver un foyer de localisation, pourra alors aller de l'avant, tenter une intervention dans les cas où elle ne semblait plus indiquée, d'après les seuls symptômes de la maladie; il pourra, en plus, intervenir plus tôt, sans s'attarder à rechercher s'il y a méningite ou non.

Par contre, la ponction lombaire ne permettrait encore pas de faire un diagnostic différentiel précis entre l'abcès du cerveau et la thrombose du sinus, bien que dans les cas de thrombose la masse du liquide soit considérablement augmentée.

Dans un cas de fracture du rocher, elle a donné un liquide clair; Stadelmann prétend avoir trouvé du liquide louche dans ces cas.

Pour ce qui est de la méningite tuberculeuse, le résultat n'a pas été bien net; on n'a trouvé qu'une seule fois des bacilles de Koch dans les huit ponctions rentrant dans cette catégorie; une autre fois, il fallait attendre le résultat de l'injection expérimentale; mais cinq fois sur huit, le liquide était franchement opalescent, ce qui pourrait peut-être servir pour ce diagnostic spécial.

La valeur thérapeutique directe de la ponction ne semble pas être bien grande; elle donnait parfois une amélioration légère, mais peu durable, du côté du pouls et de la céphalée. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, p. 7-62.)

Dr Bertemes.

Abcès osseux aberrants consécutifs à l'otite moyenne aiguë, par le Dr Toubert.

Il s'agit d'un cas d'otite moyenne aiguë qui s'est compliquée d'une suppuration osseuse indépendante de l'antre

et développée à 3 centimètres en arrière et 2 centimètres au-dessus du conduit auditif. L'auteur incisa l'abcès rétro-mastoïdien et, le stylet ayant montré l'existence d'une surface osseuse dénudée, il en fit un curettage qui a été suivi d'une guérison rapide. Des cas analogues ont été publiés par Richard, par Moure et par Stanculéanu et Depoutre.

M. Chavane a également observé deux faits de ce genre. Il faut admettre l'existence d'une cellule aberrante et la propagation de l'infection par voie lymphatique. (Soc. de chir., nov. 1901; *Semaine méd.*, n° 49, 1901.)

Dr F. ARDENNE.

Un cas d'antrite fongueuse compliquée de séquestre du labyrinthe, d'abcès cérébelleux et de thrombo-phlébite du sinus latéral (Extr. du *Jahresb. der Kgl. Univ. Ohrenkl. zu Halle*), par les Drs GRUNERT et SCHULZE. Obs. X.

Homme de vingt-neuf ans, souffrant d'une otorrhée fétide à gauche depuis environ six mois. Il y a huit jours, douleurs de tête, vertiges; œdème et sensibilité rétro-auriculaire.

Entré le 1er septembre 1900. Apyrexie, sensibilité de la mastoïde gauche à la pression. Perforation postéro-inférieure. Sensation d'os carié à la sonde. Weber latéralisé à gauche, Rinne +. Opération de Stacke le 6 septembre. La corticale est normale. L'antre renferme quelques membranes cholestéatomateuses, ses parois sont trouvées fongueuses et cariées. Apyrexie pendant les quatre jours qui suivent; le malade se trouve bien.

Du 10 au 14 septembre, la température augmente, oscillant de 37°5 à 38° et même 39°4. On note un frisson de peu de durée, de la céphalée généralisée à toute la tête, un pouls au-dessus de 100.

Nouvelle période apyrexique pendant quinze jours, pendant lesquels le malade se lève. Plus de céphalée; à remarquer cependant un état de torpeur et de dépression particulier. La plaie rétro-auriculaire va très bien.

Du 1er au 8 octobre, la température remonte de nouveau, 38° et 39° la plupart du temps. Le premier jour, frisson prolongé suivi de sueurs, on note 40°2. Un peu de bron-

chite. Le frisson se répète dans la nuit, mais moins fort. Douleurs de tête très fortes, épistaxis répétées, gonflement splénique, constipation opiniâtre. On pense à une fièvre typhoïde. Puis, strabisme convergent à gauche et nystagmus des deux côtés; les pupilles réagissent très lentement; rien de bien net à l'examen du fond de l'œil. Weber latéralisé à droite, du côté non malade. Vomissements.

Le malade vit encore deux jours, pendant lesquels la température redevient normale. Vertiges, déviation conjuguée, paralysie des abducteurs à l'œil gauche. Mort dans le coma le 11 octobre.

Autopsie. — Abcès sous-dural communiquant avec l'oreille interne par l'aqueduc vestibulaire. Abcès cérébelleux correspondant au milieu de la face postérieure du rocher, indépendant du quatrième ventricule. Séquestre avoisinant le conduit auditif interne. Séquestre du limaçon. Le sinus latéral est occupé par un caillot cruorique peu adhérent, à plusieurs couches, dont les plus anciennes correspondent à la paroi du bulbe. La paroi même est enflammée à ce niveau.

Aurait-on pu diagnostiquer l'abcès cérébelleux pendant la vie? Oui, mais pas avant le moment où les symptômes oculaires, les vomissements, la constipation, les vertiges, aient fait penser à une complication cranienne; en y joignant le résultat de l'examen fonctionnel (Weber latéralisé du côté sain, tandis qu'avant il l'était du côté affecté) on pouvait supposer quelque infection du cervelet.

On ne peut dire la même chose de la thrombo-phlébite du sinus latéral. Il y a bien quelques frissons légers et une élévation de température quelques jours après la trépanation, mais la fièvre disparaît vite, le malade se trouve bien et il n'y a pas d'autres symptômes d'infection par le sinus. Survient un frisson caractéristique quinze jours après, mais il reste unique; de plus, plusieurs cas d'érysipèle survenus dans la salle pouvaient faire donner le change. Il est vrai qu'il y a le gonflement de la rate et une certaine tendance à des sueurs profuses; mais on conviendra que c'est peu comme symptomatologie d'une phlébite.

Comment maintenant expliquer les différentes variations de la courbe thermique? Voici l'explication de Schwartze : Il y a d'abord thrombose pariétale et absorption de toxines pendant quelques jours après la trépanation; le thrombus se recouvre d'une nouvelle couche non infectée, qui empêche l'absorption, aussi la fièvre tombe et reste normale pendant deux semaines; le malade se lève, des particules infectieuses se détachent et provoquent une nouvelle période de fièvre pendant sept jours.

A noter, enfin, l'état déprimé et triste du malade pendant un certain temps, bien avant l'éclosion des symptômes alarmants qui l'ont emporté. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, n^{os} 1 et 2.)

Dr Bertemes.

VARIA

Gros kyste hydatique suppuré du cou, par le Dr Thévenot, de Lyon.

M. T... a eu l'occasion de voir, dans le service de M. Poncet, un cas intéressant de kyste hydatique du cou ayant déterminé l'apparition d'un gros phlegmon qui fut incisé et donna issue à une grande quantité de pus au milieu duquel flottaient des membranes provenant de vésicules rompues.

La date d'apparition du kyste remontait à quatre ans. Il s'était développé peu à peu pour atteindre, depuis deux ans environ, le volume d'une pomme, volume qu'il possédait encore avant qu'une grippe n'en déterminât l'infection et la suppuration. Il siégeait profondément, sur la partie latérale gauche du cou, au voisinage du paquet vasculo-nerveux.

A ce propos, l'auteur fait observer que tel est le siège habituel des kystes hydatiques cervicaux : on les rencontre plus fréquemment dans la région antérieure, soit dans l'épaisseur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, soit au voisinage des vaisseaux carotidiens. Ils gênent par leur développement, par la compression qu'ils exercent sur les organes voisins, par les adhérences qu'ils contractent assez rapidement avec ces organes, et l'usure de leurs parois.

Aussi n'est-il pas rare de voir ces kystes s'ouvrir dans la trachée, l'œsophage, le pharynx, les gros vaisseaux, ce qui doit rendre très prudente la dissection de leur poche. Quand ils sont abcédés, l'incision et le drainage suffisent à les guérir. (*Gaz. des hôpit.*, n° 125, 29 octobre 1901.)

Dr BRINDEL.

Contribution à l'étude des rapports existant entre la chlorose et le goitre exophtalmique, par le Dr WYBAUW.

L'auteur présente l'observation de deux malades âgées respectivement de quarante-deux et de trente-neuf ans, chez lesquelles des symptômes très nets du syndrôme de Basedow se compliquaient de chlorose très prononcée.

La cure de Spa, dirigée contre l'anémie, amena non seulement la guérison de celle-ci, mais encore la disparition des troubles Basedowiens.

La guérison progressive s'observe dans les résultats des examens du sang ainsi que des tracés sphygmographiques.

La médication consistait notamment dans l'emploi de l'eau de Porchon (360 grammes par jour) et des bains ferrugineux.

Ces deux guérisons ne sont pas des cas isolés, car Valentiner, Gildemeister, Scholz ont déjà décrit des cures analogues obtenues au moyen d'eaux ferrugineuses.

Schott, de Nauheim, vante l'action des bains saturés d'acide carbonique dans le goitre exophtalmique.

Bref, l'auteur pense qu'une thérapeutique dirigée contre l'anémie peut amener la guérison du goitre nerveux. Dans ce sens, il convient d'adjoindre à l'emploi du fer celui de bains d'eau chargée d'acide carbonique convenablement espacés. (*Journ. méd. de Bruxelles,* n° 50, 12 décembre 1901.)

Dr A. CAPART fils.

NOUVELLES

— **Association internationale de la Presse médicale** (Secrétariat général et Administration, bureau provisoire, boulevard Saint-Germain, 93, Paris, VIe). — La réunion des Délégués

de l'*Association internationale de la Presse médicale* aura lieu le 7 avril, à Monte-Carlo, sous les auspices de S. A. S. le Prince de Monaco. Cette réunion devait avoir lieu immédiatement avant le IIe Congrès international de la Presse médicale, fixé au mois de septembre 1901, puis remis à 1902. Pour faciliter les travaux du Congrès, cette réunion a donc été avancée de quelques mois.

Elle se compose de délégués nationaux, désignés dans chaque pays par les Associations de Presse médicale existantes. Ceux-ci arrêteront, à Monte-Carlo, le texte des statuts de l'*Association internationale de la Presse médicale,* et de la convention réglant le respect de la propriété littéraire dans les publications scientifiques.

A cet effet, un rapport sera dressé prochainement à chaque Association par les soins du Secrétaire général, rapport reproduisant les divers projets présentés, notamment le projet français et le projet allemand, déjà arrêtés. Chaque Association en prendra connaissance et émettra son avis à leur sujet.

Les délégués qu'elle désignera ensuite auront donc toute autorité pour exposer, au cours des séances de la réunion de Monte-Carlo, les desiderata de leurs nationaux, et apporter les éléments d'une entente commune, d'où sortira le texte définitif.

C'est ce texte qui sera soumis à l'approbation de la réunion plénière des journalistes médicaux, c'est-à-dire du Congrès international de Bruxelles, dont la décision sera souveraine et liera tous les participants de l'Association

A Monte-Carlo sera également discuté un projet de création d'un Bureau international permanent, organisé à l'image des Agences d'informations politiques, et recevant les résumés des travaux médicaux du monde entier (résumés rédigés par les auteurs pour les répartir entre tous les journaux faisant partie de l'Association internationale).

Le Secrétaire général du Bureau provisoire de l'Association internationale de la Presse medicale,
R. BLONDEL.

~~ **The American laryngological, rhinological and otological Society.** — Le Comité a décidé que la VIIIe réunion annuelle de l'*American laryngological, rhinological and otological Society* se tiendra à Washington, D. C., les 2, 3 et 4 juin 1902.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNÉE. N° 9. 1er MARS 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DES MASTOÏDITES LATENTES
ET DES DANGERS DE L'EXPECTATION DANS LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE MOYENNE

(*Suite et fin*[1])

Par le Dr **BRINDEL**, de Bordeaux.

Nous avons dit plus haut que l'opération avait d'autant plus de chance de réussir que les lésions étaient moins avancées, c'est-à-dire qu'elle était faite plus tôt. Il nous reste à démontrer à quoi on s'expose en temporisant, en un mot les dangers de l'expectation dans les mastoïdites. Élargissant la question, nous examinerons, d'une façon générale, les complications auxquelles sont exposés les malades porteurs de suppurations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne.

Quelques exemples néfastes, observés et recueillis par nous, permettront de mieux fixer les idées et de démontrer, mieux que ne le feraient des dissertations théoriques, tout l'intérêt qu'on doit attacher aux suppurations de la caisse du tympan.

Un des moindres ennuis d'une suppuration d'oreille qui se prolonge, ennui qui afflige d'ordinaire le plus les malades, c'est la perte *fonctionnelle de l'organe auditif*. Devenir sourd d'une oreille, passe encore; mais si les deux oreilles sont affectées également, l'inquiétude du malade est à son comble. Or, on devient sourd, dans les suppurations de l'oreille, non

1. Voir nos 7 et 8, des 15 et 22 février 1902.

seulement par défaut de fonctionnement des osselets, phénomène dû à l'inflammation de la muqueuse, mais aussi par production de cicatrices indélébiles qui compromettent à tout jamais la transmission des ondes sonores. Quand la suppuration se prolonge, le labyrinthe peut être envahi à son tour et l'ouïe abolie définitivement. Ces faits sont trop connus pour que j'y insiste.

Une autre lésion vient parfois troubler subitement et impressionner désagréablement les otorrhéiques : c'est la *paralysie faciale* du côté affecté. Cet accident constitue un avertissement salutaire. Le malade s'en préoccupe à juste titre : dès le jour où s'installe sa paralysie, on peut dire qu'il garde un œil ouvert du côté de son oreille. La paralysie est l'indice, chez les otorrhéiques, d'une nécrose du canal de Fallope, avec névrite consécutive, ou de l'existence d'un séquestre comprimant le nerf. S'il est possible, en intervenant hâtivement, de dégager le facial dans un assez grand nombre de circonstances, il n'en est pas moins vrai que dans d'autres la paralysie sera définitive et qu'à tout jamais la motilité sera abolie dans une moitié de la face.

Surdité et paralysie faciale sont des ennuis ; les complications qu'il me reste à étudier constituent de véritables dangers, dangers d'autant plus imminents que la suppuration de l'oreille sera moins surveillée.

Les *collections purulentes extra-dure-mériennes* ne sont pas très rares dans le cours des otites, soit pendant l'évolution d'une mastoïdite, soit après résolution de l'inflammation osseuse, quelquefois après disparition de l'otorrhée ou même en l'absence d'elle. L'observation suivante, à ce dernier point de vue, mérite d'être citée.

Obs. VII. — L..., coiffeur, trente-cinq ans, habitant la campagne, a eu, il y a trois ans, une poussée d'otite aiguë sans suppuration auriculaire. Il a fait, à ce moment, de la mastoïdite aiguë avec gonflement périmastoïdien. Son médecin lui pratiqua au point fluctuant une petite incision qu'on retrouve encore aujourd'hui

sous forme de fistule purulente. Le malade présente depuis cette époque, et à intervalles très éloignés, de violents maux de tête. Depuis deux mois il a de l'inaptitude au travail et la céphalalgie est continuelle.

C'est dans ces conditions qu'il se présente à la clinique dans les premiers jours de janvier 1899.

Comme symptômes objectifs on note une fistule entourée d'un bourgeon charnu et située à trois bons travers de doigt en arrière du méat auditif, sur une même ligne horizontale. Autour de la fistule l'apophyse est tuméfiée légèrement, en masse. L'oreille moyenne est normale, l'audition excellente. L'état général du sujet et son état intellectuel sont normaux.

Opération le 7 janvier 1899. — Agrandissement à la gouge de la fistule. Chemin faisant, on rencontre une artère osseuse assez volumineuse dont une pointe de galvano arrive à obstruer la lumière. Avec le protecteur de Stacke on crève une petite membrane et aussitôt une grande quantité de pus crémeux, qu'on peut évaluer à 20 centilitres environ, inonde le champ opératoire. L'ouverture osseuse est encore agrandie. On met ainsi à nu une grande cavité d'où le pus sort par jets successifs, isochrones aux pulsations cardiaques. On voit le cerveau battre à la partie postéro-supérieure de la cavité. Le sinus latéral apparaît également à la partie externe et inférieure. Après nettoyage soigneux et écouvillonnage au chlorure de zinc à 1/10, on laisse un drain et on ferme la plus grande étendue de la plaie.

Premier pansement le *9 janvier*. Pas de pus; rien de particulier : on ne touche pas à la plaie. Pas de lavage.

Ablation des points de suture le huitième jour. Pas de pus. Le drain est enlevé le *1er février*, le trajet guéri le *3*. Le malade, revu le *10 mars* suivant, ne présente pas la moindre dépression sur le crâne. Sa santé est excellente.

Voici donc un malade qui garde, pendant trois ans, un abcès volumineux sous la dure-mère, après avoir guéri d'une mastoïdite. Si l'on songe aux dangers que lui faisait courir cette poche de pus refoulant la substance cérébrale et environnant le sinus latéral, on se rendra compte combien était coupable l'expectation, quelle responsablité a encourue le médecin traitant en se contentant d'ouvrir l'abcès périmastoïdien. Il n'est pas douteux qu'une ouverture large et un

évidement de l'apophyse, au moment des accidents aigus, auraient amené une guérison rapide.

Pour qu'il y ait abcès extra-dural, il faut que la table interne soit détruite et qu'une méningite, heureusement localisée, ait opposé une barrière à la diffusion des germes septiques.

L'évacuation de l'abcès extra-dural ne saurait donc être trop hâtive : elle s'accomplira d'elle-même quand on exécutera un évidement méthodique de l'apophyse ; en inspectant avec soin la cavité mastoïdienne que l'on creuse au cours de l'opération, on découvrira aisément le trajet fistuleux qui conduit au foyer extra-dural. Si la table interne est déjà détruite, il suffira d'enlever la coque externe de l'apophyse pour amener l'évacuation du pus sous-méningé.

Nombreux sont les cas où nous en avons constaté l'existence au cours d'un évidement de la mastoïde et bien rarement avions-nous pu les diagnostiquer avant l'intervention : l'abcès extra-dural est, la plupart du temps, une trouvaille opératoire. Il n'a pas, à proprement parler, de symptomatologie spéciale ; mais comme il coïncide d'ordinaire avec une mastoïdite et que sa formation est habituellement liée à l'existence d'une nécrose ou tout au moins d'une ostéite de la table interne, il s'ensuit que plus on interviendra de bonne heure et moins on aura de chances de le rencontrer.

Plus rares, mais plus graves aussi, sont les *abcès du cerveau* survenant au cours des suppurations de l'oreille. Nous en avons observé à la clinique trois cas, qui se sont tous terminés par la mort. L'un deux survint au cours d'une vieille otorrhée datant de l'enfance et non soignée, chez une femme, au neuvième mois d'une grossesse (20 mars 1897). L'observation a été publiée par le Dr Bousquet.

Obs. VIII. — Le deuxième cas a trait à un homme de cinquante ans, porteur, lui aussi, d'une ancienne suppuration de l'oreille gauche, qui contracta la grippe au commencement d'octobre 1898. Quinze jours après, il commença à se plaindre de l'oreille malade

et de l'apophyse du même côté : on ne s'en inquiéta pas jusqu'au jour où survinrent des accidents cérébraux (délire, fièvre sans rémission, 39° et 40°, céphalalgie intense, puis coma). Le Dr Moure, appelé en consultation alors que le malade était depuis deux jours déjà dans le coma, diagnostiqua une mastoïdite avec complication cérébrale. Une cure radicale, qu'il pratiqua immédiatement, permit de découvrir du pus sous les méninges, des matières caséeuses et des fongosités dans l'apophyse et amena une amélioration immédiate (7 novembre 1898). Fièvre, douleur, coma, tout disparut comme par enchantement dans les jours qui suivirent. La guérison semblait devoir être rapide quand, brusquement, dans la nuit du 11 au 12 novembre, on voit survenir de nouveau céphalalgie, délire, état comateux, incontinence d'urine, fièvre, paralysie du bras droit, respiration bruyante. Pas une goutte de pus dans l'apophyse évidée. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'un abcès du cerveau. La famille s'opposa à une nouvelle intervention et le malade mourut le 14 novembre.

Du troisième malade, je ne rapporterai pas l'histoire pour abréger cette étude. Qu'il me suffise de dire que l'abcès du cerveau survint, pendant l'évolution d'une otite aiguë suppurée avec mastoïdite, chez un homme de trente-six ans. Les accidents cérébraux se déclarèrent dix jours seulement après le début de l'affection auriculaire. Ils dataient de cinq jours quand le malade se présenta à la consultation de la clinique de la Faculté. Chez ce malade, le diagnostic d'abcès cérébral fut des plus faciles ; on put même en localiser exactement le siège, grâce aux symptômes accusés par le sujet. L'abcès fut ouvert après cure radicale des cavités de l'oreille moyenne (4 janvier 1899). Le malade n'en mourut pas moins vingt-deux jours après l'opération. L'autopsie permit de reconnaître que la mort était due à une hémorragie qui s'était faite dans le foyer de l'abcès et avait inondé le troisième ventricule. L'abcès lui-même était diffus et occupait une grande partie des lobes temporo-sphénoïdaux.

En général, les abcès du cerveau sont plus fréquents au cours des otorrhées anciennes. La cure radicale de ces dernières sera donc la meilleure prophylaxie qu'il faudra leur

appliquer. Le traitement hâtif et rationnel des suppurations aiguës de l'oreille moyenne et des mastoïdites concomitantes ou consécutives évitera également, dans beaucoup de cas, les collections purulentes dans la substance cérébrale. Elle évitera aussi presque à coup sûr cette autre complication fatale, *la méningite diffuse.*

La méningite est la plus fréquente des complications cérébrales observées dans l'otite suppurée. J'en possède huit observations et je me rappelle en avoir vu plusieurs autres cas à l'hôpital pendant mon stage ou mon internat. Elle survint chaque fois au cours d'une suppuration aiguë de l'oreille moyenne et se termina dans tous les cas par la mort. Deux des malades étaient diabétiques. L'otite était due une fois à la grippe, deux fois à la scarlatine, une fois à un érysipèle, une fois à un tamponnement postérieur des fosses nasales chez un sujet atteint d'empyème abondant du sinus maxillaire. Enfin, le huitième, dont l'observation a, du reste, été déjà publiée par le Dr Moure, était porteur d'une cellule aberrante postéro-supérieure de la mastoïde. Vingt jours après l'évidement de l'apophyse, le malade fut pris subitement de phénomènes méningo-encéphaliques auxquels il succomba rapidement. A l'autopsie, je découvris une cellule aberrante remplie de pus, ouverte dans la cavité cranienne et séparée de la cavité mastoïdienne évidée par une couche épaisse d'os éburné.

Les accidents méningitiques auraient pu, à mon avis, être évités chez plusieurs malades si une intervention plus hâtive eût mis à nu la collection purulente intra-apophysaire et facilité son écoulement au dehors ou fait une saignée dans l'os malade tout en assurant sa désinfection. Il est difficile de préciser, d'une façon générale, le moment de l'opération. Le praticien doit se laisser guider par chaque cas particulier et ne pas croire qu'il existe des règles fixes inviolables.

Chez certains de nos malades, les symptômes précurseurs de la méningite sont apparus le sixième jour, chez d'autres

le douzième, le quatorzième, le cinquante-cinquième jour après le début de la suppuration auriculaire. Attendre l'apparition des signes de méningo-encéphalite pour opérer, c'est courir à un échec presque certain. Mïeux vaux les prévenir en ouvrant largement l'apophyse. Chaque fois que nous avons vu intervenir ou que nous sommes intervenu nous-même en l'absence de complications cérébrales, nous n'avons noté que des succès ; par contre, il nous est arrivé, à différentes reprises, de voir succomber à des accidents encéphaliques des malades qui avaient refusé l'opération antérieurement à l'apparition de ces accidents. En voici un exemple :

Obs. IX. — Mlle de D..., seize ans, se présente à ma consultation le 1er août 1900 pour otite moyenne aiguë suppurée droite datant de dix jours, ayant apparu *en même temps qu'une scarlatine*. Cette jeune fille se plaint, depuis le début, de son oreille et principalement la nuit. L'écoulement purulent est très abondant. L'apophyse est douloureuse à la pression au niveau de l'antre. Facies très infecté. J'ordonne des irrigations de l'oreille, quelques fumigations et je fais part immédjatement à la famille de mes appréhensions : une opération me paraît devenir nécessaire à bref délai. Toutefois, comme la jeune fille finit à peine sa scarlatine, je la mets en observation pendant vingt-quatre heures. Le lendemain *2* et le surlendemain *3* l'état général semble amélioré : l'état local est le même. Mêmes douleurs nocturnes, suppuration également abondante ; violente douleur à la pression sur l'antre.

Je propose une intervention pour le lendemain *4 août*, j'insiste de mon mieux pour la faire accepter ; je fais un tableau aussi noir que possible de la situation et des dangers auxquels est exposée ma malade. Je demande une consultation. Je me butte à un refus absolu de la part des parents. Je décline alors toute responsabilité sur le père que je n'étais pas arrivé à convaincre et qui devait s'en repentir bientôt, mais trop tard.

En effet, dans la nuit du *4* au *5 août* Mlle de D... est prise de vomissements incoercibles, de céphalée intense et de fièvre (40°). Le facies s'altère de nouveau. On m'appelle le 5 au soir. Mêmes vomissements. Température du matin : 39°6, soir 40°. Je fais immédiatement transporter la malade à la maison de santé, et l'opère le lendemain matin *6 août*, non sans avoir prévenu la famille de l'état désespéré de son enfant.

Avant l'opération 39°4. Vomissements incessants. Léger délire.

L'apophyse est congestionnée dans sa totalité; elle saigne beaucoup; elle présente, somme toute, des lésions d'os éite diffuse. Je l'évide dans sa totalité. La table interne paraît intacte.

Le soir même, les vomissements cessent pour ne plus reparaître. Néanmoins il y a de la fièvre, 39°8. La céphalée persiste.

Le lendemain 7, accentuation des phénomènes méningitiques : strabisme (paralysie du droit externe droit), nystagmus de haut en bas, délire. Le soir, incontinence d'urine Conservation néanmoins de toute la lucidité d'esprit. Pouls rapide. Fièvre. Plaintes incessantes.

Le 8 au matin. Agonie et mort.

En refusant ou plutôt en différant une opération qu'on leur propose, alors qu'ils paraissent jouir d'une santé en apparence parfois excellente, les malades ne s'exposent pas seulement à la méningo-encéphalite, à l'abcès du cerveau, ou à l'abcès extra-dural. Une autre complication les guette, les terrasse en quelques jours et ne met pas moins que ces derniers accidents leur vie en péril, je veux parler de la *phlébite du sinus latéral.*

Deux malades sur nos 335 cas sont morts de cette affection, le premier en 1897. Son observation a été publiée par le Dr Moure (*Sur trois cas de complications intra-craniennes*, 1897). Deux mots seulement pour la rappeler. Il s'agit d'un tout jeune enfant qui, à la suite de la rougeole, fut atteint d'otite suppurée et de mastoïdite. Au cours de l'évidement de l'apophyse, le sinus fut mis à nu, ouvert et trouvé rempli de pus animé de battements et s'échappant par jets successifs. L'opéré mourut quelques jours après.

Obs. X. — Le deuxième cas se rapporte à une jeune fille, Mlle C..., dix-huit ans, porteur d'une otorrhée ancienne, traitée, inutilement d'ailleurs, pendant un an, à la clinique en 1898. Devant l'insuccès du traitement médical, M. Moure lui proposa une cure radicale : elle s'empressa de ne pas l'accepter et de ne plus reparaître à la clinique jusqu'au jour où, deux ans après, elle y fut reconduite pour complications mastoïdiennes et phlébite du sinus latéral

(26 mai 1900). Ce jour-là elle présentait : une fièvre intense, 39°5, avec frissons, un état général déplorable, un gonflement marqué de l'apophyse, une doulenr vive à la pression au niveau de la jugulaire. M. Moure l'opéra le même jour, à trois heures du soir.

Après avoir enlevé une épaisse couche d'os sain en apparence, il mit à découvert de l'os nécrosé, à odeur infecte. Nécrose du toit de l'antre et de la caisse, séquestre dans l'antre, pus et couenne purulente sur les méninges. De propos délibéré il attaque la paroi postérieure de l'apophyse pour découvrir le sinul latéral. Ce dernier, mis à nu sur une assez grande étendue, est animé de battements et a une teinte feuille morte très prononcée; il est ouvert au bistouri et trouvé rempli de sanie fétide. On le curette avec soin. En amont et en aval la curette ramène un caillot, puis du sang vient en abondance inonder le champ opératoire. On laisse un peu saigner, puis on bourre sinus, cavité mastoïdienne, antre et caisse au moyen de gaze iodoformée. Pansement humide.

Dans les jours qui suivirent, la malade fit un phlegmon gangréneux cervical postérieur, parti vraisemblablement d'une phlébite de la veine mastoïdienne et des veines superficielles du crâne. Elle alla en s'affaiblissant, continua à présenter de grandes oscillations dans la température, ne répara pas sa plaie et mourut le 15 juin, vingt jours après l'intervention.

Enfin, même en l'absence de méningite, de phlébite ou d'abcès endocranien, le malade qui fait du pus dans l'oreille moyenne ou la mastoïde peut le résorber et s'infecter gravement; il est alors atteint de *pyohémie otitique*, affection sérieuse qu'une intervention, même hâtive, n'arrive quelquefois pas à enrayer.

La pyohémie sans phlébite ni mastoïdite guérit, dans certains cas, à peu près spontanément, dès qu'on a assuré à la suppuration un libre écoulement au dehors au moyen d'une large myringotomie, par exemple. Si la résorption se fait dans l'apophyse, il va de soi qu'il y aura urgence à mettre à nu les foyers de suppuration, c'est-à-dire à pratiquer l'évidement du tissu osseux infecté.

A dessein je n'ai pas parlé, dans les dangers que fait courir l'expectation chez les malades porteurs d'otorrhée, des abcès

cervicaux (fosse temporale, nuque, gaine du sterno-mastoïdien, tissu cellulaire péri-sterno-mastoïdien) en corrélation avec les mastoïdites dont ils ne sont que la conséquence. Quand une mastoïdite a amené la formation d'un de ces abcès, l'intervention n'est plus discutable, et aucun auriste, aucun praticien général même, ne voudrait prendre la responsabilité de la différer.

J'ai désiré simplement, dans ce travail, attirer l'attention du monde médical sur l'apophyse des malades qui se plaignent de l'oreille ou sont porteurs d'otites suppurées récentes ou anciennes. En montrant, par l'expérience qu'il nous a été et nous est encore donné journellement d'acquérir à la clinique otologique de la Faculté de Bordeaux, les dangers de l'expectation dans les otorrhées, j'ai cherché à mettre en lumière l'intérêt qu'il y a à déceler et à traiter, le plus rapidement possible, la plus fréquente de leur complication, la mastoïdite, sous quelque forme qu'elle se présente. Qu'elle évolue à grands fracas ou qu'au contraire elle marche d'une façon insidieuse et latente, elle n'exige pas moins, dans l'un comme dans l'autre cas, un traitement immédiat et efficace : l'ouverture de l'apophyse et le curettage soigneux des cellules mastoïdiennes. Aux praticiens qui seraient tentés d'attendre de la bonne nature tous les frais d'une réparation spontanée, réparation qu'on observe dans quelques circonstances, la chose n'est pas douteuse, nous dirons de relire le détail des dix observations que nous mettons sous leurs yeux et de comparer la bénignité de l'intervention au danger d'une expectation intempestive... *et nunc erudimini.*

ASSOCIATION BRITANNIQUE DE LARYNGOLOGIE

OTOLOGIE ET RHINOLOGIE[1]

Séance du 10 mars 1901.

M. Mayo Collier, président.

M. Lennox Browne montre un malade qui avait été présenté à la dernière séance, atteint d'un **lymphosarcome de la paroi postérieure du pharynx**. Le malade a été opéré après trachéotomie préalable et introduction de la canule de Hans. La tumeur était attachée à une large base et plus ou moins encapsulée. Elle a dû être enlevée par morcellement. Il n'y a eu que peu ou pas d'hémorragie. L'épiglotte, qui avait été repoussée à gauche, n'est pas encore revenue à sa position normale. Le malade a guéri rapidement; depuis l'opération il a même augmenté de poids.

M. Lennox Browne ajoute que les résultats, aussi bien en ce qui concerne le malade que l'examen microscopique de la tumeur, montrent à quel point l'intervention était nécessaire et combien il eût été imprudent de l'ajourner. Quelques-uns de ses collègues redoutaient une hémorragie grave, mais cette crainte ne s'est pas réalisée.

M. Wyatt Wingrave communique les résultats de l'**examen microscopique**. Le poids total de 19 fragments s'élevait à 4 drachmes. Le tissu était extrêmement mou et friable, difficile à durcir et à couper. Le néoplasme était presque entièrement composé de petites cellules rondes dont le noyau était relativement plus gros que le protoplasma. Le chromoplasma du noyau ne se colorait pas facilement. Il n'y avait aucune disposition régulière et définie des cellules. On diagnostiqua un sarcome à cellules rondes, avec des caractères quelque peu lymphoïdes. Un fragment de tumeur, pesant 25 grains et enlevé huit jours plus tard, a présenté au microscope un stroma bien net et des cellules remplissant les espaces lym-

1. D'après *The Journ. of laryngol.*, n° 7, juillet 1901.

phoïdes distendus; cela confirma le diagnostic du type lymphoïde de la tumeur. Il n'y avait pas de capsule nette. M. Wingrave croit que des tumeurs de cette nature sont relativement peu malignes.

M. Abercrombie dit que le malade a noté la présence de la tumeur seulement six semaines avant l'opération, et qu'antérieurement à cette époque il n'avait éprouvé aucune gêne dans la gorge.

M. Stuart Low mentionne un cas similaire où la tumeur a évolué très rapidement. Dans les deux cas, le travail des malades les forçait à respirer beaucoup de poussières. Il demande donc si l'on peut établir une relation causale entre l'inhalation de poussières et cette affection.

M. Lennox Browne dit que d'autres cas ont été rapportés, où cette relation avait été notée.

M. Vinrace demande si ces cas sont très malins et désire connaître le sort ultérieur de pareils cas non opérés.

M. le Président félicite M. L. Browne de son excellent résultat. En réponse à M. Vinrace, il dit que les cas non opérés sont voués à une terminaison fatale.

M. Wyatt Wingrave. — **Un cas de tuberculose laryngée chez un garçon de seize ans** *(Case of laryngeal tuberculosis in a boy aged sixteen).*

Le malade se plaignait d'une extinction de la voix datant de sept mois. Le larynx présentait tous les caractères de la forme pachydermique de la tuberculose laryngée : état sec et plissé des cordes vocales, avec épaississement général de la surface épithéliale. Le jeune homme avait aussi des signes physiques très marqués au sommet droit et des sueurs nocturnes; les crachats contenaient des bacilles de la tuberculose.

M. Mayo Collier. — **Ulcère du plancher de la bouche** *(Ulcer on the floor of the mouth).*

Le malade est entré, il y a six mois, au North-West London Hospital pour une nécrose du tibia d'origine syphilitique et une ulcération très prononcée du plancher de la bouche; cette ulcération avait l'aspect d'un épithélioma typique. L'état du malade était tel qu'il rendait impossible toute intervention sur le plancher de la bouche et la langue.

Le traitement institué (iodure de potassium et mercure) a été principalement dirigé contre la lésion osseuse pour améliorer l'état général et continué pendant les trois mois que le malade est resté à l'hôpital. Sous l'influence de ce traitement, la lésion osseuse se combla et guérit presque entièrement, et, chose étrange, l'ulcération du plancher buccal disparut en même temps.

Il y a quelques jours, le malade se présenta à l'hôpital avec une ulcération profonde, déchiquetée, du plancher de la bouche, occupant la même place que la première. Le plancher buccal était très dur et infiltré; les ganglions sous-maxillaires des deux côtés étaient indurés et infectés. L'aspect actuel est celui d'un épithélioma typique du plancher de la bouche avec une adénite secondaire.

Ce cas est extrêmement intéressant, car il tend à montrer le rôle joué par la syphilis comme avant-coureur de l'épithélioma.

M. Barclay Baron dit que, pour lui, la nature épithéliale du cas ne fait aucun doute. La tumeur est trop avancée pour qu'on puisse tenter une opération.

M. Chichele Nourse. — **Un cas de rhinite atrophique avec empyème du sinus sphénoïdal** *(Case of atrophic rhinitis with sphenoidal empyema).*

Le malade, actuellement âgé de vingt-trois ans, a été vu pour la première fois en 1895. A cette époque, il se plaignait d'une odeur désagréable du nez, perçue seulement de lui-même, et d'un écoulement nasal, accompagné le matin d'un léger saignement. Ces symptômes ont été notés par lui il y a deux ans, mais à un degré beaucoup moins prononcé. A l'examen, on trouva les deux cornets atrophiés au point qu'on pouvait voir par les fosses nasales la paroi postérieure du pharynx; les cornets moyens étaient couverts de croûtes. Pharynx sec, amygdales petites. Les sens de l'odorat et du goût étaient conservés.

En 1898, le malade offrait le tableau clinique d'une rhinite atrophique ordinaire non ozénateuse. Pas d'odeur fétide, mais fosses nasales remplies de croûtes.

A une date ultérieure, on ne trouva plus de croûtes, mais simplement une sécrétion épaisse sur le plancher du nez et les cornets moyens. Les cornets inférieurs commençaient aussi à se tuméfier, le pharynx était rouge et humide. Entre temps, le malade perdit le sens de l'odorat. Pendant 1899, on constata à deux ou trois reprises une légère fétidité. L'olfaction commençait de nouveau à revenir. L'aspect local variait considérablement de temps à autre.

La diaphanoscopie a donné un résultat négatif. Les sinus frontaux examinés avec une sonde furent trouvés vides.

Les sinus sphénoïdaux, qui avaient été ponctionnés plusieurs fois, contenaient presque toujours du pus. Leur lavage a été suivi d'un soulagement manifeste.

M. Barclay Baron demande des renseignements exacts sur la méthode de passer une sonde dans le sinus sphénoïdal, et comment M. Nourse s'est assuré qu'il était dans le sinus.

M. Kelson dit qu'il a tenté à plusieurs reprises de sonder le sinus sphénoïdal et qu'il n'a jamais pu y réussir.

MM. Grant et Nourse font la démonstration du procédé de sondage du sinus sphénoïdal.

M. Chichele Nourse. — **Un cas de paralysie complète de la corde droite** *(A case of complete paralysis of the vocal cord).*

L'intérêt du cas est surtout dans la situation de la corde vocale, qui n'est pas simplement immobile et en position cadavérique, mais encore très lâche et sans tension, de sorte que son bord forme un arc irrégulier, au lieu d'une ligne droite. Pendant la phonation, on constate un intervalle très net entre les deux cordes; l'aryténoïde droit occupe apparemment un plan antérieur et est à un niveau supérieur. L'histoire de la maladie peut se résumer ainsi que suit : le matin du 10 avril, le malade, âgé de trente-quatre ans et antérieurement bien portant, se réveilla avec une extinction de voix. Quinze jours après, il vient consulter l'auteur; à cette date, son état est le même, c'est-à-dire qu'il ne peut parler qu'en chuchotant. Cependant, en faisant un effort considérable, le malade peut émettre des sons bas et profonds. A l'heure actuelle, son état n'a pas varié.

Des examens répétés du thorax n'ont révélé rien d'anormal; pas de toux ni d'expectoration. D'autre part, le patient affirme que son père est mort de phtisie à quarante-cinq ans, et qu'un de ses frères a succombé à la même maladie à l'âge de vingt et un ans. L'état du larynx rappelle beaucoup la description d'un cas relaté par M. H. Moser et cité par M. Lennox Browne dans son *Traité des maladies de la gorge et du nez*. L'auteur est porté à croire que le muscle crico-thyroïdien est atteint, de même que les muscles innervés par le récurrent droit.

En examinant le malade, l'auteur lui a trouvé une haleine fétide et les amygdales hypertrophiées. Le malade raconte aussi qu'il a toujours eu une sécrétion plus ou moins abondante du nez. Depuis, attaques répétées d'amygdalite.

Tous ces faits ont suggéré à l'auteur l'idée qu'il peut bien s'agir, dans ce cas, d'un état catarrhal du nez, du naso-pharynx et du pharynx, et que les ganglions lymphatiques situés à la base du crâne, près de la paroi pharyngienne, s'étant hypertrophiés, comprimeraient peut-être le tronc du vague et occasionneraient une paralysie laryngée.

M. Barclay Baron relate le cas d'un homme de cinquante ans qui se plaignait d'une altération de la voix datant de trois mois. Depuis un an, le malade toussait, avait la respiration courte et la santé altérée. La corde droite était complètement paralysée, la pupille gauche dilatée, et le pouls radial gauche plus petit que le droit. L'examen des organes thoraciques a révélé une exagération de la circulation veineuse superficielle en avant et à droite, une diminution de la sonorité au niveau des trois premières côtes, mais pas de matité. Murmure vésiculaire et bruits du cœur normaux. On ne voyait ni sentait aucune pulsation; l'auscultation ne faisait entendre nul bruit surajouté, cardiaque ou artériel. En arrière, respiration tubaire, au niveau de la zone correspondant au centre de la résonance, modifié en avant.

Tous ces faits parlaient en faveur d'un anévrysme et, en effet, le Dr James Teylor, ayant examiné le malade aux rayons X, constata une ombre noire d'un gros anévrysme s'étendant de la base du cœur à la clavicule et jusqu'à la ligne axillaire du côté droit. Le bord extérieur de l'ombre était incurvé et correspondait évidemment à la paroi du vaisseau dilaté. Du côté gauche, l'aorte était pro-

jetée d'un bon pouce vers la colonne vertébrale. L'intérêt du cas consiste surtout dans l'étendue de la lésion ayant atteint toutes les parties de la crosse aortique et dans l'extrême atténuation des symptômes.

M. LENNOX BROWNE considère le cas de M. NOURSE comme une paralysie du récurrent due probablement à un anévrysme de l'aorte; il espère que M. Nourse fera photographier le cas aux rayons X. Il insiste sur le grand avantage qu'il y a à utiliser, dans de pareils cas, les rayons X, et felicite M. Baron de son excellent skiagramme. M. Browne conseille d'enlever les amygdales hypertrophiées chez le malade de M. Nourse.

M. DUNDAS GRANT considère le cas comme une paralysie récurrente due probablement à quelque épaississement au niveau du hile du poumon droit.

M. ABERCROMBIE. — **Un cas de pachydermie laryngée** *(A case of laryngeal pachydermia).*

W. B..., soixante-dix ans, se présente, le 20 avril dernier, se plaignant d'être sourd depuis plus de quatre mois. Ayant trouvé dans l'oreille droite un gros bouchon dur, l'auteur prescrit des instillations. Le malade revient à l'hôpital le 4 mai et l'extraction du bouchon à l'aide d'une injection est suivie d'une amélioration considérable de l'ouïe.

Incidemment, on constate que le malade a la voix enrouée, quoiqu'il ne s'en plaigne pas; l'interrogatoire apprend que l'enrouement date de fin décembre 1900. Pas de douleurs, ni toux, ni expectoration; pas de trouble de la respiration ni de la déglutition. Pas d'amaigrissement. Le malade, toujours bien portant, n'a pas eu recours aux services d'un médecin depuis plus de quarante ans. Antécédents héréditaires bons; pas d'histoire de tuberculose ni d'affection maligne dans la famille. L'examen des organes thoraciques reste négatif.

A l'examen du larynx, on trouve les parties postérieures des cordes vocales rouges, tuméfiées et une ulcération qui, par son aspect, ressemble à la pachydermie laryngée. Il existe une élongation de la luette qui ne paraît occasionner aucune gêne.

M. Chichele Nourse. — **Un cas de cancer de l'œsophage ayant envahi le pharynx** *(A case of œsophageal cancer nevading the pharynx).*

Le malade, âgé de cinquante-deux ans, souffre depuis sept ou huit mois d'une gêne croissante de la déglutition. Il ne peut point avaler des aliments solides et a beaucoup maigri depuis quelque temps.

L'examen laryngoscopique fait constater la présence d'une tumeur se projetant de la paroi postérieure du pharynx, masquant en partie les aryténoïdes et ne permettant pas d'obtenir une image exacte de l'intérieur du larynx. La difficulté est encore augmentée par l'accumulation d'une grande quantité de salive et de mucus à la partie inférieure du pharynx. Pas d'antécédents syphilitiques.

M. Chichele Nourse. — **Un cas d'hypertrophie bulleuse du cornet moyen** *(Case of bullous enlargement of the middle turbinal body).*

La malade, âgée de trente ans, se plaint de douleurs au sommet de la tête. L'examen rhinoscopique montre, à la partie supérieure de la fosse nasale droite, une grosse masse arrondie qui paraît avoir repoussé la cloison à gauche au fur et à mesure de son développement. Cette masse n'est autre chose qu'une hypertrophie énorme de l'extrémité antérieure du cornet moyen.

A l'aide d'une anse, l'auteur enlève une partie de l'hypertrophie formée de la moitié antérieure d'une grosse cellule vide. L'hémorragie est peu considérable, ce qui fait qu'après l'opération on peut facilement examiner l'autre moitié qu'on enleva à une séance ultérieure. Cette seconde moitié est beaucoup plus grosse que la première, et au moment de l'opération elle tomba dans le pharynx et le malade l'avala.

A la suite de cette opération, les maux de tête disparaissent. A aucun moment on ne trouve, dans ce cas, de pus dans le nez. L'auteur pense que de telles hypertrophies sont beaucoup plus fréquentes au cours de suppurations sinusiennes ou des cellules ethmoïdales ou dans la rhinite atrophique.

M. Percy Jakins. — **Un cas de tumeur du maxillaire supérieur.**

F..., quarante-deux ans, a toujours eu une excellente santé jusqu'au mois de janvier 1901. Dans le courant de ce mois elle observa une petite tuméfaction dans la bouche qui lui occasionnait beaucoup de douleurs pendant la mastication. Cette tuméfaction était aussi douloureuse la nuit et troublait le sommeil de la malade. L'affection a débuté par un petit bouton sur le côté gauche du palais, tout près de la première molaire; elle s'étendit graduellement jusqu'à prendre la forme d'un ulcère profond ayant détruit les parties molles et les os. En même temps la joue commença à se tuméfier extérieurement.

La malade s'est mariée à l'âge de vingt-cinq ans; elle a eu cinq enfants, dont un est mort de convulsions, un autre de troubles de la dentition et un troisième de rougeole. Les deux autres sont bien portants. Pas de fausse couche. Son père est mort à soixante-quinze ans; sa mère, âgée de soixante-cinq ans, est bien portante. M. Dundas Grant croit qu'il s'agit d'un épithélioma et conseille une opération.

Trivas.

BIBLIOGRAPHIE

Les lésions causées par l'intubation et leurs conséquences *(Das Intubationgeschwür und seine Folgen)*, avec 12 fig., par le Dr Demetrio Galatti.

L'ouvrage du Dr Galatti traite avec toute l'ampleur et aussi toute la compétence désirables, l'importante question des lésions dites de décubitus, que la présence du tube d'O'Dwyer dans le larynx détermine parfois chez l'enfant.

Dans une première partie, l'auteur étudie l'anatomie du larynx de l'enfant et se livre à quelques considérations sur la technique de l'intubation. Le larynx de l'enfant présente, en effet, quelques particularités dignes d'attention, notamment la connexion intime de l'os hyoïde avec le bord supérieur du cartilage thyroïde, le très faible développement des ventricules de Morgagni, enfin l'angle obtus, ouvert en arrière et variable suivant l'âge, que fait cet or-

gane avec la trachée. Comme l'a démontré Bauer (Budapest), cette inflexion du larynx sur la trachée, d'environ 168° à un an, n'est guère plus, vers l'âge de treize ans, que de 178°.

Les modifications principales apportées au tube d'O'Dwyer sont passées en revue. Celles qui visent à la diminution des lésions de décubitus sont : 1° celle de Bauer, à tube incurvé suivant l'axe du conduit laryngo-trachéal et muni d'un renflement quelque peu abaissé pour éviter toute compression au niveau du cricoïde; 2° celle d'Hagenbach qui, supprimant au tube de Fischer (tube en caoutchouc et à côtes extérieures) son renflement de fixation, espère s'opposer ainsi aux lésions de décubitus de la région sous-glottique.

Faisant allusion au débat concernant le mode de fixation du tube d'O'Dwyer, Galatti semble se ranger à l'opinion d'O'Dwyer et à la nôtre : fixation du tube par le tonus du sphincter glottique, la pesanteur et le frottement contre les parois de la région sous-glottique, dont la forme est reproduite par la portion sus-ventrale du tube.

La deuxième partie traite de l'étiologie des lésions, de leur anatomie pathologique, de leur diagnostic, de leur prophylaxie et de leur traitement.

Le terme lésion de décubitus, c'est-à-dire lésion occasionnée par la pression du tube sur les parois du larynx, ne peut s'appliquer à toutes les lésions observées. Diverses affections générales s'accompagnent d'ulcérations du larynx et dans la diphtérie même on en a constaté chez des enfants n'ayant été ni intubés ni trachéotomisés. La présence d'un tube dans le larynx peut favoriser le développement de ces ulcérations ou les aggraver. L'âge aurait une certaine importance, la plus grande fréquence des lésions s'observant de deux à six ans. Quant à la durée de l'intubation, elle ne doit guère être incriminée. L'ulcération s'établit le plus souvent dès les premiers jours et l'on peut citer de nombreuses observations d'intubation de très longue durée, n'ayant pas déterminé la moindre lésion du larynx.

Les lésions du décubitus ont été divisées par Wiederhofer en trois degrés, et par Bokay en deux degrés seulement : 1° lésions légères, simples érosions de la muqueuse; 2° ulcérations véritables, plus ou moins profondes et pouvant attaquer les cartilages. Leur fréquence est variable et, à cet égard, l'opinion des auteurs diffère beaucoup. D'après Trumpp, elles s'observeraient en moyenne dans 6 0/0 des cas. Leur siège le plus commun est la partie antérieure du larynx et de la trachée. Leurs conséquences peuvent être très sérieuses, et on a signalé comme telles la périchondrite, les abcès péri-laryngés et péri-trachéaux avec suppuration secondaire dans le médiastin, enfin le rétrécissement cicatriciel du larynx.

L'auteur, avec juste raison, démontre que de pareilles lésions s'observent avec une égale fréquence après la trachéotomie.

Divers symptômes ont été signalés comme pouvant aider au diagnostic des lésions de décubitus : 1° la douleur à la pression au niveau du cricoïde et de la partie supérieure de la trachée; 2° la douleur accusée par le malade lui-même au niveau du larynx; 3° l'élévation de la température; 4° l'expectoration sanguinolente et purulente au moment de l'extraction du tube; 5° l'apparition d'un anneau noir de sulfuration sur la paroi extérieure du tube métallique; 6° le retour progressivement plus rapide de la sténose; 7° le rejet fréquent du tube; 8° la difficulté de la réintroduction du tube.

Aucun de ces signes n'est à lui seul caractéristique; leur ensemble forme cependant une très forte présomption d'ulcération du larynx.

On a recherché divers moyens d'éviter la production des lésions : écouvillonnage, intubation intermittente, emploi de tubes en ébonite; enfin, trachéotomie secondaire si l'extraction du tube ne peut être accomplie au bout de quatre à cinq jours. La parfaite connaissance de la méthode d'O'Dwyer, l'habitude de cette intervention, et surtout l'emploi de tubes de construction irréprochable, semblent encore offrir, à ce point de vue, les meilleures garanties.

Pour le traitement, on a conseillé la trachéotomie secondaire, moyen repoussé par O'Dwyer et par Bokay, comme favorisant le développement du rétrécissement cicatriciel. Le meilleur remède paraît être l'emploi du plus petit tube possible, pouvant être retenu par le larynx et surtout des tubes spéciaux créés dans ce but par O'Dwyer. L'emploi d'alun calciné fixé sur un tube enduit d'une couche de gélatine a été, en cas d'insuccès du moyen précédent, employé très heureusement par O'Dwyer. Bokay, qui s'est servi avec succès, dans six cas, de ce procédé, le recommande fortement.

La troisième partie est consacrée à l'étude et au traitement du rétrécissement cicatriciel du larynx (rétrécissement et occlusion). Un certain nombre d'observations de rétrécissements et d'occlusions cicatricielles a été publié par Alapi, Ausset, Baudrand, Bokay, Boulai, Galatti, Ganghofner, Hagenbach, Hertzel, Ritter. La trachéotomie secondaire, assez fréquemment pratiquée en Europe, semble favoriser le développement de ces complications. D'ailleurs, des cas de rétrécissements cicatriciels ont été observés après simple trachéotomie par nombre d'auteurs, entre autres : Boulay, Krönlein et Körte, O'Dwyer, Thost, Störk, Weyner, Weber, Steiner.

D'après O'Dwyer, la trachéotomie secondaire, pratiquée pour ulcération du larynx, détermine le rétrécissement cicatriciel dans un délai de six semaines. Le seul moyen de le traiter et d'empêcher l'occlusion du larynx est encore l'intubation. La trachéotomie secondaire ne sera faite que s'il y a impossibilité de maintenir un tube en place, son rejet fréquent pouvant entraîner une asphyxie rapide par retour brusque de la sténose. On sera encore autorisé à la faire en cas de bronchite avec expectoration très abondante et menaçant d'obstruer le tube. Dans ces cas, on devra surveiller attentivement la perméabilité du larynx et imiter la pratique de Bokay qui, chez tout sujet ayant subi la trachéotomie secondaire, fait tous les jours une intubation de courte durée.

Le diagnostic du rétrécissement cicatriciel est basé sur

la difficulté de plus en plus grande qu'on éprouve à introduire le tube dans le larynx. Si la trachéotomie a été faite, le décanulement devient impossible, et l'introduction d'une sonde dans le larynx devient difficile, impossible même en cas d'occlusion.

Le pronostic du simple rétrécissement est assez favorable; celui de l'occlusion est plus sombre.

Le traitement du rétrécissement consiste soit dans sa dilatation lente et progressive à l'aide de sondes, soit plutôt à l'aide de l'intubation. En certains cas, on devra avoir recours à la laryngofissure, avec excision du tissu cicatriciel et intubation consécutive.

Le traitement de l'occlusion laryngée réclame toujours une intervention chirurgicale : soit encore la laryngofissure avec destruction du tissu cicatriciel et intubation consécutive, soit la laryngofissure avec excision de la cicatrice et transplantation de greffes de Thiersh (Gersuny), soit enfin la résection de la portion rétrécie du larynx ou de la trachée, suivie de la réunion des parties saines (König, Föderl).

Des observations nombreuses et des figures reproduisant l'aspect des lésions laryngées de décubitus accompagnent l'ouvrage de Galatti, dont une analyse est incapable de faire ressortir tout l'intérêt. (Vienne, Josef Safar, édit.)

Dr A. Bonain.

Compte rendu de la Société d'otologie *(Transactions of the otological Society)*, vol. II, Londres, 1901).

Le second volume de la Société anglaise d'otologie, contenant le compte rendu des travaux de cette dernière durant l'année écoulée, vient de paraître.

Nos lecteurs sont déjà au courant de la plus grande partie des articles contenus dans ce volume, puisqu'ayant fait l'objet de communications à cette Société ils ont été analysés en leur temps dans la Revue.

Relié avec soin, le volume est illustré d'un certain nombre de figures intéressantes.

La liste des membres de la Société, ainsi que ses statuts, forment la première partie de cet opuscule. (Churchill, édit., 7 Great Malborough str., 1901.)

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Adénites et adéno-phlegmons de la joue, par le Dr Rivet.

L'auteur ayant eu l'occasion d'observer six nouveaux cas d'adéno-phlegmon de la joue, désire attirer l'attention sur deux points : l'étiologie et le diagnostic.

Les adultes semblent être le plus souvent atteints.

Le groupe ganglionnaire le plus fréquemment malade est le groupe dit de Poncet, pré-massétérin, sus-maxillaire, suivant la division de Princeteau.

Les adénites sous-orbitaires ou franchement commissurales sont très rares.

Généralement l'adénite chronique est presque toujours tuberculeuse. Dans tous les cas, que l'adénite soit chronique ou à l'état d'adéno-phlegmon, la cause de beaucoup la plus commune est une lésion d'origine dentaire.

L'adéno-phlegmon peut être confondu avec la fluxion dentaire, l'ostéo-périostite du maxillaire et l'adéno-phlegmon sous-maxillaire, mais le diagnostic, en général, n'offre pas de grandes difficultés. En effet, dans l'adéno-phlegmon génien, les phénomènes ont une marche subaiguë, et les contours de la région malade sont assez nettement limités. L'ouverture tend à se faire presque toujours vers la peau.

Dans le cas d'adénite chronique en voie de ramollissement ou même ulcérée, le diagnostic pourra être hésitant entre une gomme tuberculeuse ou syphilitique.

S'il s'agit d'une adénite chronique ou tuberculeuse, sans trace de ramollissement, on pourra songer à un néoplasme. Les commémoratifs, l'âge du malade, la marche de la maladie, la lésion dentaire, aideront à trancher la question. Le traitement sera chirurgical : il faudra inciser extérieu-

rement et ne pas négliger de faire enlever la cause de l'infection, c'est-à-dire la dent cariée. (*Gaz. méd. de Nantes,* 7 déc. 1901.)

Dr G. DUPOND.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Deux cas d'empyème chronique quadruple des sinus de la face (Soc. de méd. de Nancy, séance du 24 juillet 1901), par le Dr JACQUES.

M. Jacques présente à la Société deux jeunes filles qu'il a opérées, par le procédé de Luc, de sinusites fronto-maxillaires bilatérales.

Chez l'une, l'opération a été pratiquée en deux temps, et la guérison est complète. Chez l'autre, dont la cavité frontale droite était fistulée avant l'opération, on constate encore un écoulement nasal et orbitaire du même côté. Les autres sinus sont guéris. Cela tient à l'existence d'une ostéite diffuse du frontal droit, qui avait amené une destruction de la table postérieure, avec mise à nu de la dure-mère. L'auteur se propose de faire ultérieurement la résection totale de la paroi antérieure du sinus frontal droit. *(Rev. méd. de l'Est.)*

Dr G. DUPOND.

Ostéome géant du sinus frontal; ablation; guérison, par le Dr DEPAGE.

Il s'agit d'une femme de vingt ans qui présentait de violents accès de migraine avec vomissements; en plus une céphalalgie continuelle intense. On palpait une tumeur osseuse à la partie supérieure de l'orbite; l'œil était abaissé et présentait de l'exophtalmie. L'odorat était aboli. La vision était considérablement diminuée et les deux pupilles montraient de la stase caractéristique. La radiographie montre une tumeur du volume d'une bille de billard.

Pendant l'opération on dut pratiquer une brèche osseuse de 12 centimètres de hauteur sur 8 de largeur pour enlever le principal fragment qui avait refoulé les méninges en s'entourant d'elles.

Après l'ablation la cavité aurait pu facilement renfermer un poing; on voyait au fond la dure-mère déchiquetée, et la surface cérébrale écrasée, privée de battements.

Les suites opératoires furent simples à part la production d'une kératite suppurative.

La tumeur mesurait 9 centimètres dans son grand axe et 5 dans le petit. Une partie remplissait le sinus frontal en le distendant; un prolongement s'étendait même dans le sinus du côté opposé. Le poids était de 283 grammes. Bien qu'il n'y eût pas d'infection des sinus frontaux, l'auteur recommande dans ces cas de conserver tout ouvert afin d'éviter l'infection des méninges par la voie nasale.

La malade a pu reprendre ses occupations, mais elle présente des phénomènes épileptiques. (*Compte rendu annuel du service de chirurgie du Dr Depage,* année 1900.)

Dr A. Capart fils.

Le traitement chirurgical de l'empyème de l'antre d'Highmore, par le Dr de Ponthière.

L'auteur a pratiqué treize fois l'opération de Caldwell-Luc avec succès. La guérison aurait duré de trois à quatre semaines. (*Ann. méd.-chir. du Hainaut,* n° 9, anal. *in Journ. méd. de Bruxelles,* n° 41, 10 oct. 1901.) Dr A. Capart fils.

OREILLES

Thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire; abcès cérébelleux; excision du sinus et de la partie supérieure de la jugulaire; méningite aiguë. (Extr. de *Jahresb. der Kgl. Univ. Ohrenkl. zu Halle*), par les Drs Grunert et Schulze. Obs. XI.

Enfant de huit ans. Entré le 8 septembre. Diagnostic : thrombo-phlébite du sinus latéral droit à la suite d'une otorrhée chronique. Pyhémie. Fond d'œil hyperémié avec commencement de névrite optique. Labyrinthite probable. La ponction lombaire est négative.

Evidement pétro-mastoïdien, cholestéatome suppuré. Fistule conduisant dans le canal semi-circulaire horizontal. Abcès périsinusien. Ligature de la jugulaire. Incision étendue du sinus. On trouve la paroi profonde du sinus complètement détruite par ulcération; au delà, abcès cérébelleux. Hémorragie par le seul bout périphérique du sinus. Les frissons se reproduisant, on complète l'opération par une mise à nu complète du bulbe et de toute la partie de

la jugulaire située au-dessus de la ligature. Excision aussi complète que possible de la veine.

A partir de ce moment on ne note plus de frissons; il ne se forme pas d'abcès métastatiques. Cependant la fièvre ne discontinue pas, le pouls est petit et fréquent, la respiration s'accélère progressivement, il y a des vomissements, une constipation opiniâtre, bref tous les symptômes d'une méningite aiguë qui ne tarde pas à emporter le malade treize jours après la deuxième opération.

A l'autopsie on trouve la pie-mère des hémisphères des deux côtés infiltrée de pus; pas de pus à la base, rien aux sinus pétreux. L'inspection de la plaie montre que l'opération a été bien conduite, et que le canal veineux a été excisé complètement. Obturation du bout inférieur de la jugulaire par un thrombus allant jusqu'à la sous-clavière; à ce niveau il est rouge brûn et non infiltré de pus. Fistule conduisant dans le canal semi-circulaire horizontal. Plus d'étrier. Pus dans la fenêtre ovale et dans la fenêtre ronde. Limaçon et canal vertical remplis de pus.

L'abcès cérébelleux, ouvert lors de la première opération, n'avait pu être diagnostiqué pendant la vie, faute de symptômes spéciaux. L'examen du fond de l'œil n'avait fait penser qu'à une congestion secondaire à la thrombose du sinus.

Le résultat immédiat de l'excision complète de tout le canal veineux infecté a été très bon; toute absorption ultérieure des toxines a été empêchée. La thrombose du bout inférieur de la jugulaire n'était pas forcément dangereuse, puisqu'elle se montrait de bonne nature, c'est-à-dire non infiltrée de pus.

La cause de la méningite est à rechercher dans le labyrinthe. L'abcès cérébelleux est, en effet, bien limité par du tissu sain; il ne s'était pas ouvert dans le quatrième ventricule. La plaie rétro-auriculaire n'a pas pu en être la cause non plus, puisqu'elle aurait dû causer avant tout une méningite de la base qui n'existait pas.

A noter l'absence complète de phénomènes vertigineux malgré les lésions profondes constatées au niveau du labyrinthe. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 1 et 2.)

Dr BERTEMES.

Otite chronique, carie du rocher, foyer purulent autour du sinus transverse, par Em. MAHAUX.

Relation très vivante et très documentée d'un cas où l'autopsie seule fixa le diagnostic. L'attention avait bien été attirée du côté de l'oreille, mais l'examen otologique, pratiqué dans de mauvaises conditions, notamment au point de vue de l'éclairage (bougie), avait conclu à une otite aiguë secondaire à la fièvre typhoïde dont on déclarait la malade atteinte.

Il est regrettable que l'examen des yeux n'ait pas été fait car il aurait peut-être mis sur la voie, la jugulaire étant thrombosée. Je crois que l'on éviterait plus sûrement des erreurs de ce genre en examinant soigneusement les sécrétions de l'oreille. On reconnaîtrait facilement au microscope s'il s'agit d'une lésion récente ou du réveil d'une vieille ottorhée.

Il ne faut pas oublier que des malades de ce genre, à cause de l'état général grave et de la raideur de la nuque, ne se laissent pas toûjours examiner commodément. (Note du rapporteur.) (*La Clinique*, n° 27, 6 juillet 1901.)

Dr A. CAPART fils.

La chirurgie de l'oreille. Ses effets thérapeutiques au point de vue de l'audition (*Uber die Erfolge der zu akustischen Zwecken unternommenen Eingriffe in der Trömmelhöhle*), par le prof. GRADENIGO.

L'auteur résume ici les résultats de son expérience personnelle. Sans aller jusqu'au pessimisme de Botey et Siebenmann (Cong. int. de 1900, Paris), il admet cependant que le résultat définitif des différentes interventions chirurgicales dans la sclérose auriculaire n'est bon que dans la minorité des cas. D'après lui, il faudrait tenir compte surtout :

1° De la localisation des lésions;

2° Du mode opératoire;

3° Du traitement post-opératoire, qui lui semble avoir été trop négligé jusqu'à ce jour.

1° *Localisation des lésions.* — Les cas les plus favorables sont ceux où le marteau et l'enclume sont seuls atteints. Il y a contre-indication absolue à opérer pour peu que le

labyrinthe soit touché; l'affection à ce niveau ne ferait que progresser. Malheureusement un diagnostic différentiel précis est encore souvent impossible dans l'état actuel de nos moyens d'investigation.

2° *Méthode opératoire.* — Il faut distinguer ici les méthodes conservatrices et les méthodes destructives, plus radicales.

Les méthodes conservatrices ont donné, en général, peu de résultats définitifs. Ainsi, la paracentèse n'a, ordinairement, qu'un effet transitoire, le tympan se refermant de nouveau. De même la ténotomie du tenseur du marteau, les deux bouts coupés ne tardant pas à se réunir peu de temps après. La luxation consécutive du marteau, le long de la paroi supérieure du conduit (d'après Grunert) n'a pas donné de meilleur résultat; le marteau agissant alors comme corps étranger, la plaie tympanale ne tarderait pas à bourgeonner. L'auteur propose de luxer le marteau de telle façon à le placer dans sa position normale; ce serait donc une sorte de réduction; il ne peut cependant encore se prononcer sur la valeur définitive de cette intervention. La mobilisation instrumentale directe à travers une excision partielle du tympan n'empêche pas la reproduction des synéchies et ankyloses. La mobilisation lente et répétée avec l'électromoteur, par contre, a donné de meilleurs résultats.

Le but des méthodes destructives, plus radicales, est de faire arriver les ondes sonores directement sur la fenêtre ovale, sans qu'elles aient à passer par la chaîne des osselets. On peut y arriver de deux façons : ou bien en ne détruisant que la continuité de la chaîne en n'enlevant qu'un seul osselet intermédiaire, qui est ordinairement l'enclume; ou bien en enlevant le tympan et tous les osselets, faire en quelque sorte un évidement de l'oreille moyenne (exenterasio cavi tympani).

L'effet thérapeutique définitif paraît être le même pour les deux façons de faire; il est cependant plus encourageant que celui obtenu par les méthodes moins radicales.

Le tympan s'est régénéré dans presque tous les cas, même

avec le procédé de Gravello, qui, outre le tympan, excise encore un lambeau circulaire de la peau du fond du conduit. Mais, malgré tout, l'audition peut devenir et surtout se maintenir très satisfaisante.

L'extraction de l'étrier par la voie du conduit auditif est rendue difficile par sa position topographique, encore qu'on n'enlève souvent que ses branches, la platine restant en place. D'ailleurs l'extraction complète des trois osselets n'a pas donné de meilleurs résultats que l'extraction des deux premiers seuls.

3° Le *traitement post-opératoire* sera d'une importance capitale au point de vue des résultats définitifs, qui seront, en général, inverses de la réaction produite par l'intervention; aussi la voie du conduit auditif sera-t-elle toujours à préférer à celle de l'apophyse mastoïde.

Y avait-il une ancienne otite suppurée guérie, l'évidement a ordinairement entraîné de nouveau une légère suppuration.

Il faut surveiller le tympan pendant qu'il se régénère. La muqueuse du promontoire a grande tendance à bourgeonner et à produire ainsi des synéchies et des adhérences. La membrane reformée, il faut chercher à augmenter sa capacité de vibration par l'emploi de l'électromoteur. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, n°s 1 et 2 du vol. LIV.)

Dr BERTEMES.

Pyo-septicémie d'origine otitique; trépanation; ouverture du sinus latéral avec ligature de la jugulaire; mort. (Extr. de *Jahresb. der Kgl. Univ. Ohrenkl. zu Halle*), par les Drs GRUNERT et SCHULZE.

Garçon de onze ans. Otorrhée droite depuis quatre ans. Douleurs très fortes à l'oreille droite depuis trois jours; anorexie, vomissements, frissons et sueurs. Température 40°1, pouls 144. Râles et respiration soufflée des deux côtés. Sensibilité à la pression de la mastoïde, œdème prononcé au-dessous de la pointe. Otorrhée fétide, perforation postéro-supérieure; la sonde tombe sur de l'os carié. Les mouvements de la tête sont douloureux. Gonflement douloureux de la région sus-hyoïdienne droite.

Trépanation. Cholestéatome dans l'antre. Abcès périsinusien. Ligature double de la jugulaire. On met à nu le sinus et la dure-mère avoisinante, entre lesquels suinte du pus. Incision. Il ne s'écoule pas de sang du bout inférieur, on en retire des caillots purulents. Pendant l'opération, le cœur faiblit; collapsus et menaces d'asphyxie; respiration artificielle, injection d'éther et de sérum.

Le jour après, température 41°2; frissons, pouls 140, petit et intermittent; respiration 32. La nuit, température 41°5. Pansement le jour après. Incision des deux bouts de la jugulaire. Ils renferment des caillots purulents; le bout inférieur est incisé jusque près de la sous-clavière.

Le malade vit encore trois jours, pendant lesquels la respiration monte à 60; la température reste toujours très haute; le pouls est petit et très fréquent; matité à la percussion des poumons; la ponction exploratrice ramène du pus.

Autopsie. — Trombo-phlébite purulente du sinus latéral et de la jugulaire droite. Abcès métastatiques dans les deux poumons, avec perforation dans les plèvres.

Malgré tout ce qu'on avait pu faire, la septicémie était trop avancée, et la jugulaire était trop atteinte pour qu'on ait pu empêcher l'infection générale. L'affaiblissement du cœur et les attaques de collapsus répétées doivent être mis sur le compte non pas tant d'une affection organique du cœur que d'une décharge trop intense de toxiques dans le courant sanguin. Comme on le voit ici, le pronostic de la septicémie otitique repose autant sur l'état de résistance du cœur que sur la température et le nombre des frissons. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 1 et 2.)

Dr Bertemes.

Nécrose de l'apophyse mastoïde consécutive à une otite aiguë ; extraction du séquestre par le conduit auditif, par le Dr Royet.

Chez un homme porteur d'une otorrhée ancienne à droite, l'auteur trouve un séquestre occupant la portion postérieure du conduit osseux. Le malade refusant toute opération importante, on enleva par le conduit, en plu-

sieurs séances, une grande partie de la mastoïde par fragments nombreux. Dès lors, la douleur disparut et la réparation se fit : la guérison se maintint pendant un an et à la suite d'un coryza, une nouvelle suppuration s'établit, compliquée de paralysie faciale, de douleur dans la région temporale et dans le domaine du sous-occipital. L'auteur n'a suivi que d'une façon très imparfaite ce dernier incident et il ne dit pas quelle en fut l'issue. Il fait remarquer simplement que l'extraction du séquestre par le conduit avait donné un aussi bon résultat que l'incision rétro-auriculaire. (*Lyon méd.*, n° 48, décembre 1901.)

Dr F. ARDENNE.

VARIA

Tuberculose et sérums antitoxiques, par le Dr BARADAT, de Cannes.

L'auteur a la plus grande foi dans l'administration, par la voie stomacale, des sérums antitoxiques, à Cannes en particulier, où les éléments atmosphériques, soleil, lumière intense, mer, air pur, sont des auxiliaires précieux de la thérapeutique.

Les recherches de Richet et Héricourt, Bertin et Pick, en 1889, Boinet en 1894, Maragliano, Behring et Knor, en 1895, lui paraissent avoir démontré, d'une façon péremptoire, les propriétés immunisantes, pour la tuberculose, du sang et du sérum d'animaux réfractaires aux maladies microbiennes.

A ce sujet, l'auteur indique les bienfaits du traitement par voie stomacale. On n'observe pas, comme après injection sous-cutanée, de prurit; après l'ingestion surviennent, chez tous les malades, une faim vraiment remarquable, une diminution rapide de l'expectoration, une diminution du nombre des bacilles contenus dans les crachats, une disparition des sueurs et une induration du pourtour des cavernes, constatable aux signes stéthoscopiques.

En terminant, M. Baradat cite deux observations de malades phtisiques avancés chez lesquels l'administration des toxines à l'intérieur amena une amélioration notable dans l'état général et l'état pulmonaire, mais non une guérison

ainsi que le laisserait supposer l'enthousiasme que l'auteur met à recommander l'emploi de la thérapeutique immunisante. (Communic. au Congrès brit. de la tuberculose, Londres, juillet 1901; Ext. du *volume du Congrès*.)

Dr BRINDEL.

Essai sur l'eau oxygénée, par M. CHOKIER.

L'auteur, pharmacien adjoint à l'hôpital Saint-Jean, rend compte des expériences qu'il a entreprises pour apprécier les différents procédés de conservation proposés.

L'eau oxygénée du commerce renferme envíron 3 grammes d'acides chlorhydrique et sulfurique dans le but de maintenir sa teneur en oxygène. Ajouter du biphosphate calcique à l'eau oxygénée du commerce est inutile. Cette adjonction n'est avantageuse que lorsqu'on emploie une eau neutralisée. Le médecin qui doit avoir constamment à sa disposition une eau neutralisée fera bien d'y ajouter de l'acide borique dans la proportion de 30 grammes par litre. Après quarante-cinq jours, une eau conservée de cette manière abandonne encore 7 volumes 6/10. Le moyen le plus pratique pour rendre médicinale de l'eau oxygénée du commerce c'est d'y ajouter du bicarbonate de soude jusqu'à cessation du dégagement gazeux. On peut préparer également du sérum oxygéné par l'addition de chlorure de sodium, 6 grammes 0/00, et de sulfate de soude, 2 grammes 0/00.

Pour les solutions chaudes, on peut élever la température à feu doux jusqu'à 70° sans inconvénient.

Si l'on a une eau à 10 volumes 1/2 de gaz, on peut y ajouter partie égale d'eau bouillante, et le mélange renferme encore, après refroidissement, 5 volumes. (*Journ. méd. de Bruxelles,* n° 2, 9 janv. 1902.)

Dr A. CAPART fils.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 10. 8 MARS 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

LE NERF ACCESSOIRE ET L'INNERVATION DU LARYNX

Par le professeur **A. ONODI**[1], de Budapest.
(Traduit par le Dr S. JANKELEVITCH, de Bourges.)

Mes recherches[2] physiologiques, concordant en cela avec les résultats obtenus par Grossmann[3] et Grabower[4], montrent que le nerf accessoire n'a rien à voir dans l'innervation du larynx. Ce fait physiologique nouveau a été récemment confirmé par les observations cliniques et anatomo-pathologiques de Grabower[5] et de Reusz[6]. Il est pour moi hors de doute qu'au point de vue anatomique, physiologique et clinique, l'innervation du larynx ne se trouve en rapport qu'avec le vague et que l'accessoire est complètement étranger à l'innervation de cet organe. Mais l'ancienne conception revenant de temps à autre dans les livres d'anatomie, de physiologie, de clinique et de neurologie, je me suis proposé de rendre une fois pour toutes cette confusion impossible. Me basant sur mes recherches antérieures[7], je voulais éclairer cette question au point de vue de l'anatomie

1. Communication faite à l'Académie hongroise des sciences.
2. ONODI, *Die Innervation des Kehlkopfes*. Wien, 1895.
3. Wiener Akademie, 1890. *Archiv f d. Gesammte Phys.*, 1894, Band LIX.
4. *Centralbl. f. Physiol.*, 1890; *Archiv f. Laryngol.*, 1894.
5. *Archiv f. Laryngol.*, Band V; *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, Band IX; *Archiv. f. Laryngol.*, Band X, 1900.
6. *Archiv f. Psychiatrie*, Band XXXII, 1900.
7. *Internat. Monats. f. Anat. u. Hist.*, 1886.

comparée et de l'embryologie. Je me suis demandé tout d'abord s'il ne serait pas possible de rayer complètement de la nomenclature le terme *accessoire* comme désignant un nerf cérébral indépendant, de façon à empêcher la confusion erronée de l'innervation du larynx avec l'accessoire. Ce procédé radical aurait été le plus efficace, car, comme nous le verrons, il est parfaitement justifié au point de vue morphologique. Malheureusement, le nerf accessoire a acquis droit de cité dans l'anatomie, son nom reste dans la nomenclature des nerfs cérébraux, et il ne nous reste plus, tout en tenant compte de ce fait, qu'à fournir la preuve morphologique et embryologique que le nerf accessoire reste complètement étranger à l'innervation du larynx. Avant de traiter cette question à fond, je tiens à dire que j'ai fait part de mon opinion à beaucoup d'anatomistes distingués. Je croyais pouvoir résoudre la question en désignant sous le nom d'accessoire l'accessoire spinal, qui représente, chez l'homme, un nerf indépendant, différencié dans son trajet périphérique, et en considérant l'accessoire du vague comme une portion de ce dernier. Nous aurions de cette façon un vague qui innerve le larynx et un accessoire qui ne se trouve en rapport qu'avec la musculature de la nuque. Je croyais pouvoir ainsi donner aux faits physiologiques leur vraie désignation anatomique et mettre fin aux erreurs et confusions possibles. Les réponses que j'ai reçues approuvent cette tentative au point de vue pratique, confirment les rapports que j'ai mentionnés entre le vague et l'accessoire du vague, mais n'autorisent pas, au point de vue de l'anatomie comparée, une séparation entre l'accessoire du vague et l'accessoire spinal. Dans l'intérêt de la question je me permettrai de citer ici quelques-unes de ces réponses :

M. le professeur Waldeyer écrit : « Je partage votre opinion relative à l'accessoire, et j'ai exprimé cette opinion il y a trois ou quatre ans environ dans mes leçons. » M. Waldeyer a eu la bonté de charger un de ses élèves, M. le Dr Lubosch, de

Breslau, qui, sur sa recommandation, s'est beaucoup occupé de cette question, de me communiquer les conclusions auxquelles il est arrivé. Il ne fait que confirmer ces conclusions que je relaterai plus bas.

M. le professeur His écrit : « Je ne suis pas loin de partager votre opinion, car il m'a toujours semblé que la séparation des fibres motrices du vague de l'accessoire médullaire était un procédé artificiel. »

M. le professeur Froriep écrit : « La façon dont vous considérez, dans votre lettre, le vague, me paraît assez juste en ce qui concerne les mammifères et l'homme et pour résoudre les questions anatomo-physiologiques et cliniques qui vous intéressent. Mais au point de vue embryologique et de l'anatomie comparée, une séparation nette entre le vague et l'accessoire ne me paraît pas possible. D'après leur disposition, ces deux nerfs forment un tout unique, et si l'anatomie descriptive les sépare en deux nerfs distincts, elle ne le fait qu'en se basant sur leur différenciation périphérique. »

M. le professeur Van Wyhe écrit : « Vous avez sans doute parfaitement raison en séparant, au point de vue physiologique et clinique le rameau interne et le rameau externe et en mettant le premier en rapport avec le vague ; les différents faisceaux radiculaires d'un nerf ont souvent des fonctions différentes et j'admets volontiers que la fonction du faisceau bulbaire de l'accessoire soit différente de celle du faisceau spinal. Mais, au point de vue embryologique et anatomique, tout l'accessoire appartient au vague. Embryologiquement il me semble impossible que l'accessoire dit spinal provienne du nerf spinal. Selon moi, le nerf accessoire (qui chez les anamniens fait partie du vague) forme chez l'homme, depuis son origine au niveau de la partie supérieure de la moelle cervicale jusqu'au point d'émergence du vague, non pas un nerf périphérique, mais un trajet central du vague, trajet qui, pour des raisons qui nous restent inconnues, se trouve rejeté en dehors de la périphérie du système nerveux central.

L'ontogénie de l'homme confirme, d'après moi, cette conception relative à l'accessoire. Chez l'embryon d'un mois, l'accessoire n'atteint pas encore la moelle cervicale; pour moi il s'y trouverait déjà, mais caché dans la profondeur de la moelle, dont il ne sortirait que progressivement. »

M. Lubosch écrit : « L'anatomie, l'histologie, l'embryologie et l'anatomie comparée justifient-elles la séparation entre les deux nerfs — l'accessoire du vague et l'accessoire spinal — de sorte que le premier puisse être considéré, en principe, comme faisant partie du vague, le second comme un nerf particulier sous le nom d'accessoire? Cette question n'est pas facile à résoudre, l'anatomie comparée n'étant pas sur ce point d'accord avec les trois autres disciplines mentionnées. »

Je vais m'expliquer en quelques mots. L'anatomie descriptive de l'homme avait toujours considéré la partie spinale comme complètement distincte de la partie médullaire. Elle le faisait en se basant sur le calibre des racines et sur la localisation des points d'émergence, ensuite sur le trajet et sur la séparation existant entre le rameau externe et le rameau interne.

C'est particulièrement à l'histologie qu'on doit la confirmation de ce fait. On croyait bien autrefois que le noyau de la 11e paire se continuait dans celui de la 12e (Dees, Grabower et autres), mais on n'en considérait pas moins le noyau ambigu comme le point d'origine du vague. On admet aujourd'hui que ces deux noyaux n'ont entre eux rien de commun (Kölliker), et on croit plutôt que ce qui devient plus tard le noyau ambigu forme le prolongement cérébral du groupe cellulaire ventro-latéral de la moelle qui donne naissance à l'accessoire spinal. En tout cas, il existe un intervalle de plusieurs millimètres entre le noyau de l'accessoire du vague et celui de l'accessoire spinal, qui présentent des différences notables aussi bien dans le trajet de leurs racines qu'au point de vue de leur calibre.

L'embryologie montre à son tour que l'accessoire du vague, à son origine, se trouve en rapport avec la « strie ganglionnaire », que la partie spinale est, au contraire, indépendante de celle-ci et présente dès le début la même situation dans l'organe central que chez l'adulte.

Si la considération des mammifères d'une organisation élevée paraît ainsi justifier une séparation, l'anatomie comparée a eu raison de poser avant tout cette question : comment ranger dans le système des nerfs cérébro-spinaux un nerf isolé en apparence et surgissant subitement dans la moelle? Gegenbaur et Fürbringer ont affirmé que l'accessoire spinal se développait embryologiquement du vague. En fin de compte, et quel que soit le nerf qui, chez les poissons, est décrit sous le nom d'accessoire, toutes ces affirmations sont basées sur une analogie tirée du trajet vertical ascendant du nerf. Les amphibies ne présentent pas non plus de nerf accessoire.

Il ne peut en être question qu'à partir du moment où les éléments moteurs ventraux de la moelle viennent se rapprocher du cerveau pour former l'hypoglosse, tandis que le groupe postérieur du vague, sans changer de place, est croisé par les éléments spinaux. C'est donc seulement chez les amniotes que l'on se trouve en présence d'une portion du vague provenant de la moelle. Cette portion atteint, chez les sauropsides, le deuxième segment spinal; chez les mammifères, le cinquième; et comme les deux premiers segments présentent, chez les deux groupes d'amniotes, une homologie complète, on doit admettre, pour les nerfs des mammifères, le même mode d'origine que pour ceux des reptiles et des oiseaux. La seule différence consiste en ceci, que chez les mammifères la partie initiale descend plus bas que chez les oiseaux. Il paraît donc nécessaire de considérer, même chez les mammifères, les deux portions du nerf comme formant un tout unique.

Une comparaison attentive montre cependant que les

parties spinales désignées sous le nom d'*accessoire* se comportent différemment chez les oiseaux et les mammifères. Chez les sauropsides, ce nerf présente, de la moelle allongée à la moelle cervicale, les mêmes caractères. Il n'existe ni noyau ambigu ni différence de calibre, etc. Ici, tout l'accessoire est un accessoire du vague à proprement parler quoiqu'il provienne à son tour de la moelle. Chez les mammifères, au contraire, cette portion présente des caractères notablement différents, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Malgré les liens morphologiques qui le rattachent au vague, on doit, au point de vue de la nomenclature, tenir compte de la différence qui existe entre l'accessoire des mammifères et celui des sauropsides. Toutes les erreurs proviennent de ce que les premiers observateurs ont appliqué la notion de l'accessoire tirée de l'anatomie humaine à chaque nerf ayant un trajet analogue. C'est pourquoi le terme *accessoire* doit disparaître en ce qui concerne les sauropsides, et on ferait mieux de le désigner sous le nom de *groupe spinal du vague*. On serait alors autorisé à donner, par analogie, le même nom à toute la portion bulbaire des mammifères, tandis que celui d'*accessoire* serait réservé à la portion spinale modifiée, avec cette réserve que l'accessoire et le groupe du vague sont identiques au point de vue philogénétique et que l'accessoire renferme la partie distale du groupe du vague chez les oiseaux.

En résumé : une séparation entre les portions spinale et bulbaire chez les mammifères et la désignation d'accessoire appliquée à cette dernière portion sont à la rigueur justifiées au point de vue pratique, mais ne présentent quelque valeur qu'en tant que le terme même *accessoire* est complètement supprimé. Comme, d'ailleurs, le nerf des oiseaux est encore désigné de cette façon, on doit par voie de conséquence parler aussi d'un « accessoire du vague ».

M. le professeur Fürbringer écrit : « Sur la question que vous soulevez dans votre lettre et qui nous a valu deux tra-

vaux précieux que vous avez fait paraître en 1885 et 1887, mon opinion est la suivante : l'accessoire et le vague présentent, comme le fait a déjà été admis par beaucoup d'autres auteurs, une parenté morphologique incontestable. Et ceci est également vrai et de l'accessoire spinal et de l'accessoire du vague. Le premier se compose exclusivement de fibres motrices provenant de la corne latérale et qui innervent les muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze et se mettent plus haut dans un rapport plus intime avec le reste de l'accessoire du vague, c'est-à-dire du vague + accessoire du vague; l'accessoire du vague et le vague dans le sens plus étroit du mot se composent de fibres sensitives et motrices, les dernières provenant du noyau moteur du vague (noyau ambigu des anciens anatomistes). Ce noyau ambigu est situé sur le même niveau que le noyau ventral de l'accessoire spinal, formant pour ainsi dire le prolongement antérieur de ce dernier, quoique ne s'y rattachant pas directement. Le noyau ambigu, de même que le noyau de l'accessoire spinal, appartiennent à la série connue des noyaux moteurs latéraux, qui se composent, d'arrière en avant : du noyau de l'accessoire spinal, du noyau ambigu (noyau moteur de l'accessoire du vague, vague proprement dit, glosso-pharyngé), des noyaux moteurs du facial et du trijumeau. Sur ce point, presque tous les anatomistes sont d'accord. Les fibres motrices du vague + accessoire du vague aboutissent à la musculature du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de la trachée et du cœur et d'autres organes internes, tandis que, malgré les nombreuses recherches anatomiques et physiologiques, il n'a pas encore été possible de se rendre compte où aboutissent les fibres du vague proprement dit et de l'accessoire du vague. Cette différence, et nous sommes d'accord sur ce point, n'est pas d'une importance bien grande : car, en fait, le vague proprement dit et l'accessoire du vague se rattachent l'un à l'autre, ce dernier étant composé des dernières fibres médullaires du vague.

. » Si je rattache ainsi, comme vous le faites vous-même, le vague à l'accessoire, je dois, en outre, me déclarer pour le rattachement de l'accessoire spinal au vague + accessoire du vague. Chez les animaux supérieurs, il s'est plus ou moins émancipé du vague + accessoire du vague, et comme il provient de la moelle spinale, tandis que le vague + accessoire du vague provient de la moelle allongée, il paraît indépendant par rapport à ce dernier ; c'est ce qui a déterminé certains auteurs à le ranger parmi les nerfs spinaux. Mais cette manière de voir est profondément erronée, ainsi que l'opinion qui refuse aux vertébrés inférieurs l'accessoire spinal.

» Chez ces derniers animaux, chez les sélaciens par conséquent, le nerf vago-accessoire unique forme un ensemble de troncs provenant de noyaux longs (noyaux moteurs latéraux) et dont les dernières fibres innervent le trapèze (identique au trapèze + sterno-cléido-mastoïdien des animaux supérieurs). Ces fibres ressemblent donc par leur trajet et leur innervation à l'accessoire spinal des animaux supérieurs, mais proviennent pour la plupart non de la moelle spinale, mais de la portion terminale de la moelle allongée. Je dis *pour la plupart*, car il existe des sélaciens, tels que l'hexanchus, chez lesquels l'origine de ces dernières fibres remonte aux 1er et 3e nerfs spinaux, par conséquent à la moelle allongée. Je donnerai tout à l'heure les raisons pour lesquelles il provient chez la plupart des sélaciens, les poissons, les amphibies, non pas de la moelle proprement dite, mais de la partie terminale de la moelle allongée. Chez les reptiles, le même nerf innervant le trapèze (trapèze sterno-cléido-mastoïdien) provient de la partie initiale de la moelle spinale (jusqu'au niveau du 3e nerf spinal) ; il en est de même chez les oiseaux. Chez les mammifères, il descend encore plus bas (jusqu'au 5e ou 6e nerf spinal ou même au-dessous). Il est donc hors de doute que chez l'hexanchus, chez les reptiles et chez les oiseaux et les mammifères, il

existe un nerf moteur provenant de la corne latérale de la moelle spinale et qui se rattache plus ou moins directement au vague proprement dit (vague + accessoire du vague de l'anatomie humaine); dans son trajet ultérieur, ce nerf s'émancipe complètement et aboutit au trapèze (trapèze + sterno-cléido-mastoïdien). Mais le muscle trapèze est l'homologue de certains muscles branchiaux (constricteurs, etc.) innervés par le vague et n'en subit une différenciation que grâce à son insertion sur les os de l'épaule. Ces muscles branchiaux sont innervés par le vague; l'accessoire spinal apparaît ainsi comme la dernière portion motrice du vague et son noyau se rattache au noyau moteur du vague.

» Mais comment se fait-il qu'il existe chez l'hexanchus, les reptiles, les oiseaux, les mammifères, un accessoire spinal descendant jusqu'au niveau de la moelle spinale ou en provenant, tandis que chez la plupart d'autres poissons ou amphibies les fibres innervant le trapèze ne dépassent pas, à leur origine, la portion terminale de la moelle allongée? Ceci tient d'abord à la dimension variable du trapèze, qui est énorme chez l'hexanchus, plus petite chez la plupart des vertébrés inférieurs, ou, comme chez certains téléostiens, complètement atrophié. Il en résulte des variations dans la dimension de la région d'origine qui, dans certains cas, est limitée à la moelle allongée; et chez certains téléostiens, où le muscle trapèze manque, le nerf fait naturellement défaut à son tour. D'un autre côté, le fait que chez les animaux supérieurs (sauropsides et mammifères) les fibres nerveuses descendent plus bas dans la moelle spinale repose sur un phénomène assez intéressant d'avancement, d'empiètement de la moelle spinale sur la moelle allongée. Ce processus, j'ai pu le suivre et le trouver à l'aide de recherches d'anatomie comparée, d'autres, tels que Sewertzoff et Braun, par des considérations embryogéniques. Cet empiètement sur la moelle allongée est particulièrement net pour les racines dites inférieures du vague, qui, comme vous le faites observer avec

raison, sont incontestablement des racines ventrales de nerfs spinaux (et renferment, par conséquent, en partie du moins, les racines de l'hypoglosse). C'est pourquoi je les ai désignées aussi sous le nom de nerfs spino-occipitaux, celui de *racines ventrales du vague* étant complètement erroné. Ces nerfs spino-occipitaux, au nombre de quatre ou cinq chez les notidanides, de zéro à trois chez les sélaciens, s'avancent, avec leurs noyaux d'origine spinale, le long de la face ventrale de la moelle allongée, et s'atrophient dans leur partie antérieure; chez les amphibies, il existe encore quelquefois un seul de ces nerfs, tandis que chez les vertébrés supérieurs ils ont complètement disparu; cependant le processus d'empiètement se poursuit et il en résulte que ce qui représente chez les sélaciens de vrais nerfs spinaux, apparaît chez les sauropsides et les mammifères comme le nérf hypoglosse en rapport direct avec le cerveau. Ce dernier nerf n'est donc pas comparable aux racines ventrales du vague des sélaciens, ces racines ayant complètement disparu chez les animaux supérieurs, mais bien aux racines motrices des nerfs spinaux qui suivent ces racines (nerfs spino-occipitaux). Ce processus d'empiètement aboutit à ce fait que la partie postérieure de la moelle allongée (d'où provient le vago-accessoire) se trouve envahi par des éléments spinaux qui font croire que l'accessoire spinal est un nerf spinal, ce qui n'est pas le cas en réalité.

» Je récapitule : il existe primitivement un vago-accessoire unique ou vague dans le sens large du mot, qui est le dernier nerf cérébral; sa partie motrice la plus postérieure innerve le trapèze (trapèze + sterno-cléido-mastoïdien), est envahie dans sa partie d'origine par la moelle et acquiert en même temps une certaine indépendance vis-à-vis la portion principale qui, en dehors, semble encore provenir de la moelle allongée. La partie postérieure qui semble provenir de la moelle spinale, mais en réalité de la partie terminée de la moelle allongée, emprisonnée et envahie par la moelle spinale, constitue le

nerf accessoire spinal des auteurs ; la portion principale postérieure de la moelle allongée, sur la provenance de laquelle aucun doute n'est possible, constitue le vague + accessoire du vague de l'anatomie humaine. L'anatomie comparée et l'embryogénie montrent que tous ces nerfs se rattachent les uns aux autres, mais que le vague + accessoire du vague provenant de la moelle allongée est dans un rapport mutuel plus intime que vis-à-vis l'accessoire spinal qui, d'ailleurs, appartient au même groupe et ne peut en être séparé. Il serait donc antiscientifique de séparer le vague proprement dit ou le vague + accessoire du vague, comme le 10e nerf de l'accessoire vague + spinal ou de l'accessoire spinal, comme du 11e nerf, mais plutôt de représenter les rapports de tous ces nerfs de la façon suivante :

» Vago-accessoire (X + XI des anciens auteurs). . . . . { Vague proprement dit. / Accessoire du vague. / Accessoire spinal. »

Il nous a semblé intéressant de commencer par l'exposé de ces opinions qui, dans leurs points essentiels, coïncident avec nos publications et jettent un peu de lumière sur ces faits morphologiques assez compliqués. Comme nous l'avons déjà dit, le plus simple serait de supprimer complètement le terme *accessoire,* et de ne parler, au point de vue morphologique, que d'un ensemble nerveux désigné sous le nom de *vague*. Malheureusement la différenciation périphérique, l'apparition indépendante en apparence dans la région de la moelle spinale, ont conduit à sa découverte et ont en même temps amené à le ranger, dans l'anatomie humaine, parmi les nerfs cérébraux indépendants. Mais comme la suppression de l'accessoire de la nomenclature des nerfs cérébraux nous paraît impossible, nous nous proposons de confirmer notre point de vue physiologique et clinique par des considérations morphologiques et phylogénétiques.

Chez les vertébrés inférieurs nous ne trouvons pas trace d'un nerf accessoire, et chez l'amphioxus, chez les myxi-

noïdes on ne parle que du vagûe seul ; le nerf accessoire du vague manque également chez les pétromyzontes, où il n'est signalé par aucun observateur. Fürbringer[1] dit : « Je n'ai rencontré rien qui ressemblât à un nerf accessoire de Willis. » J'ai examiné le groupe du vague chez vingt-cinq variétés de sélaciens et, à part le vague, je n'ai rien trouvé qui pût être rattaché à l'accessoire. Mes recherches[2] et mes dessins ne montraient partout que les racines du vague et, chez quelques variétés, dans le domaine du vague, les soi-disant racines ventrales du vague. Dans ma communication à la Société physiologique de Berlin (1887)[3], j'ai désigné les racines dites ventrales du vague comme la forme primitive de l'hypoglosse, ce qui a été, d'autre part, démontré par Fürbringer dans son grand ouvrage d'anatomie comparée. D'une façon générale, nous nous trouvons, chez les sélaciens, en présence du seul nerf vague. Mais Rohon[4] a trouvé chez un exemplaire d'hexanchus que les derniers faisceaux d'origine ascendants du vague descendent jusqu'à la troisième et quatrième vertèbre cervicale. Il considérait ces racines comme étant le nerf accessoire de Willis. Fürbringer[5] ne put suivre, sur deux exemplaires d'hexanchus, les derniers faisceaux ascendants du vague que jusqu'au niveau de la première vertèbre, dans la région d'origine des deux premiers nerfs spinaux. Dans mon travail se trouve reproduite la région d'origine du vague chez un hexanchus griseus ; le trajet mentionné des racines du vague n'y existe pas, et comme, d'autre part, nous n'avons observé chez l'hexanchus que des racines du vague provenant de la moelle allongée, nous devons considérer le trajet récurrent

1. Ueber die spino-occipitalen Nerven der Selachien und Holocephalen und ihre vergleichende Anatomie (*Festschrift f. Gegenbaur*, 1897).

2. Onodi, *Internat. Monats. f. Anat. u. Histol.*, 1886.

3. Onodi, Neurologische Mittheilungen (*Archiv. f. Anat. u. Physiol.*, Abth., 1887).

4. Wiener Akademie, 1878. Arbeiten der Zoolog. Instit. d. Univ. Wien, 1878.

5. *Loc. cit.*

des dernières racines du vague dans ces trois cas comme une anomalie qui tient peut-être au développement particulier du trapèze, comme le pense aussi Fürbringer. Il paraît donc certain qu'en ce qui concerne les sélaciens, nous nous trouvons en présence d'un complexus nerveux, le groupe du vague, qui renferme aussi le nerf accessoire; le phénomène morphologique consiste dans le trajet récurrent des dernières racines du vague chez quelques hexanchi, mais normalement dans ce fait qu'une branche du vague se dirige vers le trapèze. L'existence de cette branche est d'une grande importance au point de vue de la question qui nous occupe. Les recherches d'anatomie comparée de Vetter et Fürbringer ont montré que le trapèze des sélaciens correspond au trapèze + sterno-cléido-mastoïdien des vertébrés supérieurs et de l'homme et que le domaine d'innervation de l'accessoire spinal chez l'homme correspond à celui de l'accessoire du vague chez les sélaciens. Le muscle cucullaire de l'anatomie humaine a reçu dans la nouvelle nomenclature anatomique le nom de trapèze[1]. Chez les vertébrés inférieurs, le trajet macroscopique des dernières racines postérieures du vague et l'existence du rameau accessoire dépendent du développement plus ou moins grand et de l'existence du trapèze. Ce dernier peut être plus ou moins développé, atrophié, ou, comme chez certains téléostiens, manquer complètement, auquel cas le rameau accessoire du vague fait également défaut. Chez les dyspnoés nous ne trouvons aucune mention d'un accessoire, mais on décrit les nerfs cérébraux, on parle du vague. C'est ainsi que dans son beau travail Pinkus[2] décrit les nerfs cérébraux des protoptères, à l'exclusion de l'accessoire. Chez les amphibies la description de l'accessoire manque également, si ce n'est dans la forme dans laquelle nous l'avons vue chez les sélaciens, c'est-à-dire comme un

1. His, *Anatomische Nomenklatur*, 1895.
2. F. Pinkus, Die Hirnnerven der Protopterus annectens (*Schwalbe, Morphol. Arbeiten*, Band IV, 1895).

rameau du vague. Gaupp[1] décrit, parmi les rameaux du vague, l'accessoire : « rameau accessoire renfermant les éléments du nerf accessoire ». Parmi les nerfs cérébraux, il le mentionne de la façon suivante : « XI. Nerf accessoire, branche du vague destinée au muscle trapèze. »

Chez les amniotes nous voyons l'accessoire apparaître toujours dans la région de la moelle spinale. Chez les sauropsides, notamment, l'origine du vago-accessoire peut s'étendre jusque dans la région du 1er au 3e nerf spinal libre. Chez les mammifères la limite postérieure de l'accessoire varie entre le niveau du 2e et celui du 7e nerf cervical. Nous n'allons pas énumérer ici toutes les variétés animales qui ont été examinées. Chez l'homme la limite postérieure de l'accessoire se trouve d'une façon générale entre le 5e et le 6e nerf cervical, mais il arrive souvent que cette limite est située plus haut et plus profondément.

L'accessoire a été décrit par Willis[2] comme un nerf indépendant qui abandonne la cavité cranienne en même temps que le vague, mais ne reçoit pas de fibres de la moelle allongée. Les anatomistes ultérieurs ont également attribué à l'accessoire les fibres provenant de la moelle allongée, opinion qui a été vivement et vainement combattue par Claude Bernard. Nous ne nous occuperons pas de la vieille littérature que la question de l'accessoire a fait naître. Nous ne citerons que la description de Langer[3] datant de 1865. « Il faut diviser les éléments du nerf accessoire de Willis en ceux qui prennent encore racine dans la moelle allongée et ceux qui naissent plus bas, dans la moelle cervicale. Les premiers sont cédés au vague par l'accessoire, et se perdent complètement dans celui-là; les derniers se distribuent, avec les rameaux des nerfs spinaux, dans le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien. » Holl[4] fit plus

1. Gaupp, *Ecker's Anatomie des Frosches*, 1899.
2. *Cerebri anat.*, 1669.
3. *Lehrbuch der Anatomie*, 1865.
4. Ueber den N. accessorius (*Archiv f. Anat. u. Physiol.*, 1878).

tard un examen approfondi, en isolant la portion spinale de l'accessoire, et arriva à la conclusion suivante : « Le nerf accessoire est composé de deux nerfs hétérogènes, qui sur une partie de leur trajet sont accolés l'un à l'autre au point de sembler ne constituer qu'un seul tronc nerveux, tandis qu'à l'origine et à la périphérie la duplicité apparaît d'une façon très nette. Le rameau interne est un nerf cérébral pur, le rameau externe un nerf médullaire pur. »

La séparation du nerf accessoire en deux branches a été adoptée par tous les traités d'anatomie, le rameau interne étant décrit comme l'accessoire du vague, le rameau externe comme l'accessoire spinal. Nous ne pouvons citer toutes les observations se rapportant aux différentes fibres, à l'existence de cellules ganglionnaires, aux rapports entre l'accessoire et les deux premiers nerfs cervicaux, etc. Ces faits morphologiques n'ont rien à voir dans la principale question qui nous occupe.

Après toutes ces considérations, nous pouvons aborder le rôle morphologique du nerf accessoire. D'après Gegenbaur [1], le nerf accessoire se dégage du complexus du vague, pour se rattacher au vague proprement dit. Wiedersheim [2] considère également le nerf accessoire comme un vrai nerf cérébral : « Il s'agit d'un vago-accessoire, et l'origine primitive de l'accessoire se trouve non dans la moelle, mais dans le cerveau. » Lubosch [3] arrive dans son beau travail à la conclusion suivante : « La division en un nerf accessoire spinal et un nerf accessoire du vague ne résiste pas à la critique formulée par l'anatomie comparée. » D'après Froriep une séparation nette entre le vague et l'accessoire est impossible aussi bien au point de vue embryologique qu'au point de vue de l'anatomie comparée. Avant de citer les conclusions du travail de Fürbringer [4], nous

1. *Vergleichende Anat. der Wirbelthiere*, 1898.
2. *Ibid.*
3. Vergleich. anat. Untersuch., etc. (*Archiv. f. mikrosk. Anat.*, 1899).
4. Die spino-occipit. Nerven, etc. (*Festschrift f. Gegenbaur*, 1897).

mentionnerons brièvement l'opinion de ceux qui considèrent, au contraire, l'accessoire comme un nerf spinal. Pour des raisons purement anatomiques Holl considérait l'accessoire, chez l'homme, comme un nerf exclusivement spinal. Haller[1], qui a étudié l'origine du vague chez les téléostiens, croit que l'accessoire constitue un groupe nerveux nouveau, formé de nerfs spinaux et la réunion de ses centres à ceux du vague et de l'hypoglosse doit être considérée comme un phénomène secondaire.

Grabower[2] nie l'existence d'un accessoire du vague d'origine cérébrale et considère l'accessoire comme un nerf spinal, provenant du système nerveux spinal. Chiarugi[3], pour des raisons ontogéniques, sépare complètement l'accessoire spinal de l'accessoire du vague : le premier appartiendrait au système des racines ventrales des nerfs occipitaux et cervicaux, le dernier représenterait une partie de la lisière nerveuse dorsale primitive; l'accessoire spinal serait, en outre, une formation propre aux mammifères et qui manquerait aux sauropsides, lesquels ne posséderaient qu'un accessoire du vague.

Fürbringer, par des considérations très ingénieuses et basées sur l'anatomie comparée, a essayé de résoudre le point le plus difficile de la question de savoir comment l'accessoire spinal des vertébrés supérieurs, tout en appartenant à la moelle, représente un véritable nerf cérébral. Dans sa communication épistolaire, citée plus haut, ainsi que dans son grand ouvrage, il explique ce phénomène morphologique compliqué par certains processus de migration et d'empiètement de la moelle et des éléments spinaux, en supposant un envahissement de la moelle allongée par la moelle proprement dite et une inclusion de la région d'origine de l'accessoire du vague qui constitue la vraie portion

1. *Festschr. f. Gegenbaur*, 1897.
2. *Archiv f. Laryngol.*, 1899.
3. Fürbringer, *loc. cit.*

postéro-interne de la moelle allongée par la moelle spinale. Cette explication est très ingénieuse et s'appuie sur des faits philogéniques d'une grande valeur tirés de l'anatomie comparée.

De ce qui vient d'être dit se dégage ce fait incontestable que, aussi bien au point de vue de l'embryologie qu'à celui de l'anatomie comparée et de la philogénie, le nerf accessoire ne peut pas plus être séparé du vague, que l'accessoire du vague de l'accessoire spinal. La dépendance réciproque de ces deux parties et leur dépendance par rapport au vague sont établies par la philogénie; mais non moins définitif paraît le fait de l'existence de rapports intimes entre le vague et l'accessoire du vague qui, aussi bien par leur origine anatomique que par leur trajet et leurs rapports intramédullaires, présentent un tout inséparable. Nous opposons ce fait à celui tiré de l'anatomie comparée et qui se rapporte à la forme primitive de l'accessoire et à la nature de l'accessoire chez l'homme. Nous avons vu que chez les poissons et les amphibies l'accessoire apparaît sous forme d'un rameau du vague qui innerve le trapèze et nous avons vu aussi que ce muscle correspond exactement au trapèze + sterno-cléido-mastoïdien des vertébrés supérieurs et de l'homme; plus que cela, les racines postérieures du vague forment au point de vue philogénique les éléments constituants du rameau accessoire des vertébrés inférieurs et de l'accessoire spinal des mammifères et de l'homme. Chez l'homme, l'accessoire spinal est tellement différencié à la périphérie que son origine anatomique au niveau de la moelle et son trajet isolé jusqu'à sa région terminale le font paraître complètement indépendant et il est, en même temps, complètement homologue au rameau nerveux qui représente la forme primitive de l'accessoire chez les sélaciens. Si nous tenons compte de ce fait philogénique et que nous conservions dans le sens de l'anatomie comparée l'unité de deux parties de l'accessoire, nous pouvons, sans hésiter, séparer dans l'anatomie humaine des-

criptive les deux parties, tout en considérant les différentes racines extra et intra-médullaire du vague, c'est-à-dire le vague et l'accessoire du vague, comme un ensemble anatomique et l'autre partie de l'accessoire spinal, comme un nerf différencié à la périphérie et suivant un trajet isolé jusqu'à une région déterminée. L'anatomie et la physiologie de l'accessoire sont donc établies. Le vague et l'accessoire du vague renferment des fibres dont les régions d'innervation sont connues comme appartenant au vague. Si nous tenons compte de la confusion et des erreurs qui sont résultées de la séparation artificielle du vague et de l'accessoire du vague chez les mammifères et chez l'homme, et de ce que les données fournies par l'anatomie descriptive et la physiologie et relatives au vague et à l'accessoire du vague ne se trouvent nullement en contradiction avec celles fournies par l'anatomie comparée et la philogénie, nous pouvons tranquillement et pour des raisons purement pratiques accepter cette proposition. Nous avons cité quelques lettres dans lesquelles ce point de vue n'est pas repoussé quoiqu'on y insiste sur la dépendance morphologique.

Nos récentes connaissances morphologiques se trouvent également d'accord avec les faits tirés de l'anatomie comparée. En effet, la région d'innervation du vague embrasse le pharynx et l'appareil branchial : le larynx, le cœur, les poumons, la vessie natatoire, une portion plus ou moins considérable du canal intestinal, l'œsophage, l'estomac et les autres organes de la région abdominale supérieure. Gaupp dit dans son anatomie de la grenouille que « le vague est un nerf mixte, et que ces fibres motrices sont destinées entre autres au larynx ». Nous voyons donc que, chez les vertébrés inférieurs, le nerf accessoire existe comme innervateur d'une région musculaire, et que ce fait se manifeste chez les mammifères et l'homme par l'existence de l'accessoire spinal.

Pourquoi voudrions-nous faire entrer de force le larynx

de l'homme dans la région d'innervation de l'accessoire? Nous savons que là où il n'existe encore rien qui ressemble au larynx ou à l'accessoire, chez les vertébrés inférieurs notamment, la musculature branchiale, qui correspond aux muscles du pharynx, est innervée par le vague. Et là où il n'existe pas encore de larynx, mais bien la forme primitive de l'accessoire, comme chez les sélaciens, nous trouvons également la musculature branchiale innervée par le vague. C'est à dessein que je ne mentionne pas le glosso-pharyngé qui ne nous intéresse pas ici. D'après Wiederheim, c'est chez les dypnoès qu'on trouverait les premiers rudiments d'un larynx : la glotte conduit dans un espace impair sacciforme qui représente en même temps un vestibule du poumon; il existe un muscle dilatateur de la glotte, bien développé et qui peut être rattaché à la musculature du pharynx; mais à la place du sphincter musculaire fonctionne une fente annulaire formée de fibres élastiques. C'est encore le vague qui innerve ces muscles. Le squelette et la musculature du larynx s'observent dans leur première forme chez les amphibies. Göppert[1] a publié un travail très complet sur la musculature du larynx chez les amphibies et sur sa formation. Nous citerons ici ses conclusions :

« Les muscles du larynx proviennent de deux muscles pharyngés : le dorso-pharyngé et l'hyo-pharyngé. Nous avons pu montrer que le dilatateur aussi bien que le constricteur du larynx montraient, dans leur état primitif, des rapports incontestables avec la musculature du larynx. Ils agissent non seulement sur la lumière du larynx, mais aussi sur celle du pharynx et constituent aussi un état intermédiaire entre les muscles du pharynx et celui du larynx. C'est de cet état seulement que se développe une musculature appartenant exclusivement au larynx et qui rend en même temps le fonctionnement du larynx plus parfait qu'aupa-

1. Göppert, Die Kehlkopfmusculatur der Amphibien (*Morpholog. Jahrbuch*, Band XXII, 1894).

ravant. Il résulte donc de ces recherches, qu'en ce qui concerne le développement philogénique de la musculature du larynx, il s'est accompli de la façon suivante : différentes portions de la musculature du pharynx ont successivement abandonné leur disposition et leur mode d'action primitifs pour se mettre dans de nouveaux rapports avec les voies respiratoires et ces rapports se différenciant de plus en plus, il s'est développé une musculature laryngée et une musculature pharyngée distinctes l'une de l'autre.

Il est donc prouvé que la musculature du larynx de vertébrés inférieurs provient de la musculature du pharynx et nous avons en même temps la preuve philogénique que les musculatures du pharynx et du larynx forment la région d'innervation du vague chez les vertébrés inférieurs tout comme le trapèze forme celle de l'accessoire. Chez les amphibies, où apparaissent les premiers rudiments du squelette laryngé et où la musculature du larynx provient incontestablement de celle du pharynx, l'accessoire n'existe que comme un petit rameau destiné au trapèze, de même que chez les poissons où le larynx n'existe pas encore.

Nous avons ainsi la preuve philogénique irréfutable, et qui s'accorde avec les faits physiologiques les plus récents, que l'accessoire proprement dit est complètement étranger au larynx. De même que la région d'innervation de l'accessoire est restée, depuis la forme primitive qu'il affecte chez les sélaciens jusqu'à la forme développée qu'il a acquise chez l'homme, la même et correspondant au muscle trapèze des vertébrés inférieurs et au trapèze + sterno-cléido-mastoïdien des vertébrés supérieurs et de l'homme, de même la région d'innervation du vague, depuis les vertébrés inférieurs jusqu'à l'homme, est constituée par la musculature du pharynx et celle du larynx qui en dérive.

Je crois que ces considérations, tirées de l'anatomie comparée et de la philogénie, par le fait même qu'elles s'accordent parfaitement pour les données physiologiques

les plus récentes, seront de nature à écarter, au point de vue morphologique aussi, les anciennes conceptions erronées et à exclure une fois pour toutes l'accessoire de la pathologie des paralysies centrales du larynx.

ANALYSES DE THÈSES

De la voie transhyoïdienne dans la chirurgie pharyngo-laryngée, par le Dr P. DURAN.

M. Duran consacre son travail inaugural à l'étude de cette méthode opératoire. Après un court historique, où il montre les différentes voies que les chirurgiens se sont tracées pour atteindre le vestibule du larynx et la partie supérieure de l'œsophage (voie sous-hyoïdienne, voie sus-thyroïdienne, voie sus-hyoïdienne et voie pharyngienne latérale), M. Duran nous expose les avantages de la voie transhyoïdienne.

Préconisé par Gussenbaüer en 1881, puis tombé dans l'oubli, repris à nouveau et remis en valeur par Vallas, de Lyon, en 1895, ce moyen d'accès vers le pharynx inférieur constitue, pour l'auteur et pour tous ceux qui ont eu l'occasion de l'appliquer, une véritable conquête de la chirurgie moderne. La pharyngotomie médiane avec ablation de l'os hyoïde, inventée récemment par Jaboulay, ne supporte pas la comparaison avec le procédé simple et pratique de Gussenbaüer-Vallas.

Au reste, si, avec M. Duran, on étudie, anatomie en main, le manuel opératoire de la pharyngotomie transhyoïdienne, on s'aperçoit du peu de difficulté qu'on rencontre et du jour que donne cette intervention préliminaire. Une trachéotomie pratiquée immédiatement avant, et dans la même séance, avec emploi de la canule de Trendelenburg, ou mieux tamponnement du larynx, au-dessus de la canule, empêche le sang de pénétrer dans les voies aériennes, évite l'œdème post-opératoire ou tout au moins les accidents dyspnéiques qui en seraient la consé-

qunce, et permet de continuer sans interruption l'anesthésie chloroformique pendant l'opération.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description de l'opération : nous renvoyons à son travail pour plus de détails. Il insiste avec raison sur les suites opératoires immédiates et éloignées et se demande ce que deviennent les deux extrémités de l'os hyoïde, sectionné sur la ligne médiane. Pour éviter le tiraillement sur les deux extrémités, et la formation, au niveau de la ligne médiane, d'un angle ouvert en arrière, M. Duran pense qu'une suture des deux fragments de l'os, avec interposition d'une petite cheville d'ivoire, s'implantant également des deux côtés, empêcherait la déformation consécutive.

L'emploi de la sonde œsophagienne à demeure, après l'opération, ne lui semble justifiée que dans un nombre restreint de cas, dans l'amputation de la langue, par exemple, où la cavité buccale reste bourrée de gaze dans les jours qui suivent l'intervention.

Les indications de la pharyngotomie transhyoïdienne sont, pour M. Duran : les corps étrangers du pharynx et du larynx inaccessibles par les voies naturelles au moyen du miroir laryngoscopique, certaines tumeurs du larynx (vestibule et épiglotte), du pharynx (tumeurs malignes), les rétrécissements du pharynx, les tumeurs de la langue.

Suivent douze observations, dont deux inédites, de pharyngotomie transhyoïdienne, pour tumeurs malignes de la base de la langue et des replis glosso-épiglottiques, cancer de l'épiglotte, rétrécissement du pharynx, épithélioma de la langue, tumeur congénitale de la base de la langue.

Ces douze observations ont donné deux morts seulement, dues à la broncho-pneumonie septique. Tous les autres opérés ont supporté admirablement l'intervention, le shock opératoire étant réduit à son minimum et les délabrements produits étant très peu considérables. Ils ont repris rapidement de l'embonpoint. Si l'on compare ces résultats avec ceux que donnent les autres méthodes, la voie transhyoïdienne apparaît clairement comme la meilleure, la

moins dangereuse, c'est-à-dire la plus recommandable. (Thèse de Bordeaux, Imprimerie du Midi, 1901.)

Dr BRINDEL.

Des abcès cérébraux d'origine otique, par le Dr NILUS.

L'auteur vient de consacrer à ce sujet un excellent travail inaugural, qui ne compte pas moins de 111 pages, avec 3 planches hors texte en phototypie.

Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée de cette thèse, que de reproduire à peu près textuellement les conclusions de l'auteur.

L'otite chronique est, dans les neuf dixièmes des cas, la cause de l'abcès du cerveau. L'infection, produite le plus souvent par le streptocoque et le staphylocoque, peut se propager de proche en proche ou en suivant la voie vasculaire. Dans le premier cas, il est possible de suivre l'infection depuis l'oreille jusqu'à l'abcès intra-encéphalique; dans le second cas, on ne trouve ni foyer de nécrose osseuse ni abcès extra-dural.

La symptomatologie de l'abcès cérébral est complexe. Le plus souvent, ce sont les symptômes généraux et les symptômes d'irritation et de compression cérébrale qui sont le plus accentués; on observe plus rarement les symptômes de foyer. On note habituellement une céphalée plus ou moins bien localisée du côté malade, l'irrégularité de la température, l'hyperémie du fond de l'œil, parfois une des nombreuses formes d'aphasie sensorielle. Les abcès encapsulés sont plutôt des abcès arrêtés dans leur évolution que de véritables abcès enkystés. En effet, une coupe intéressant la paroi montre trois zones :

a) *Couche externe.* — Zone d'infiltration. La substance cérébrale altérée est infiltrée de leucocytes, surtout nombreux au niveau des gaines péri-vasculaires, qui semblent remplies.

b) *Couche intermédiaire.* — Zone granuleuse, moins riche en globules blancs. Ceux-ci sont plus ou moins détruits, et on constate dans cette couche toutes les phases de la destruction des vaisseaux.

c) *Couche interne.* — Zone purulente, surtout formée par des polynucléaires et des détritus de matière cérébrale et de vaisseaux.

Le diagnostic des abcès cérébraux est, en général, difficile. Il doit se faire d'abord avec les autres complications des otites : mastoïdite, méningite et thrombose des sinus et abcès du cervelet, et aussi avec des maladies dont l'abcès peut revêtir les signes cliniques : méningite tuberculeuse, hémorragie et tumeurs cérébrales.

Abandonnés à eux-mêmes, les abcès cérébraux se terminent fatalement par la mort; aussi faut-il les traiter par l'ouverture de la collection purulente et son drainage.

Toute intervention doit être précédée de l'ouverture de la caisse. Plus l'opération est précoce, plus sont grandes les chances de succès. Le traitement prophylactique peut se résumer dans ces mots : Un médecin ne doit jamais négliger une otite; toute otorrhée doit être tarie.

Dans le cours de son travail, M. Nilus rapporte deux observations inédites recueillies par lui dans le service du professeur Spillmann, et une troisième, qui lui a été communiquée par le Dr Jacques. Les trois se sont terminées par la mort, terminaison fréquente dans les abcès du cerveau. (Thèse de doctorat, Nancy, 1901.)

Dr Brindel.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Abcès palatin d'origine dentaire, par L. Callet.

L'auteur rapporte l'observation d'un cas d'abcès sous-périosté pris, au début, pour un abcès sous-muqueux, et traité sans succès par l'incision. L'extraction d'une incisive en mauvais état permit l'introduction d'une sonde dans une cavité de 4 centimètres de longueur. Il y avait eu périostite de la racine de cette dent, destruction de la paroi alvéolaire et propagation à la région sous-périostée

de la voûte palatine. Cet abcès avait évolué sans réaction ni fièvre et datait de plus d'un an. Le traitement consista en lavages et badigeonnages de la cavité à la teinture d'iode. La guérison fut obtenue après six cautérisations. (*Gaz. méd. de Picardie,* oct. 1901.) Dr BERBINEAU.

Deux cas de rétrécissement syphilitique du pharynx (Société de chirurgie), par M. LEJARS.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans présentant un rétrécissement de la partie supérieure du pharynx tel qu'on ne voyait plus qu'un étroit canal en forme de filière.

L'épiglotte était transformée en polype flottant. La section de l'épiglotte suffit à faire disparaître l'asphyxie.

Dans le second cas, il s'agissait d'un rétrécissement type bucco-pharyngien. On n'apercevait qu'une membrane au fond de la bouche, percée d'un petit trou dans sa moitié inférieure, où passaient les aliments. La face postérieure de cette membrane n'était pas adhérente. Deux débridements latéraux, avec points de suture pour réunir la muqueuse buccale à la muqueuse pharyngienne. Résultat excellent. Pas de récidive un an plus tard. (*Bull. méd.*, nov. 1901.) Dr BERBINEAU.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Deux cas de guérison radicale de l'ozène sous l'influence d'un érysipèle intercurrent de la face, par M. MONTORO DE FRANCESCO.

Le premier cas est celui d'une jeune fille atteinte depuis sept ans d'un ozène rebelle avec atrophie des cornets inférieurs et destruction d'une partie des os du nez et du septum cartilagineux. A la suite d'un érysipèle, ayant eu les narines pour point de départ, on vit disparaître complètement la punaisie et les croûtes. La pituitaire reprit au bout d'un certain temps un aspect tout à fait normal. Trois ans se sont écoulés depuis et il n'y a pas eu de récidive. La guérison paraît donc radicale.

La seconde observation concerne un jeune garçon atteint d'érysipèle de la jambe et qui était soigné par sa sœur.

Cette dernière présentait un ozène très caractérisé de la narine gauche. Fort du résultat survenu dans le premier cas, l'auteur se proposait d'inoculer à la jeune fille l'érysipèle de son frère, lorsqu'elle contracta spontanément cette affection qui débuta par le lobule de l'oreille gauche. Montoro se borna alors pour assurer la diffusion à la cavité nasale de la lymphangite infectieuse, à pratiquer quelques mouchetures sur la joue gauche et près de l'aile du nez. Le processus érysipélateux ne tarda pas à gagner toute la joue et les narines. L'érysipèle une fois guéri, il ne resta plus trace de l'ozène. (*Riforma med.*, 15 nov. 1901.)

Dr F. ARDENNE.

Méningite cérébro-spinale due à une infection pneumococcique par le nez *(Cerebro-spinal meningitis due to pneumococcus infection from the nose)*, par le Dr JASSINGER.

L'auteur relate le cas d'une méningite purulente cérébro-spinale, où il avait trouvé le pneumocoque de Friedländer en culture pure dans la lésion. L'autopsie a permis de se rendre compte de la voie suivie par le bacille. Du nez, l'infection s'est propagée au sinus sphénoïdal, qui était rempli de pus épais verdâtre; de là, par les vaisseaux des parois osseuses de la cavité, au sinus caverneux. Phlébite du sinus avec propagation le long des nerfs à tout le système cérébro-spinal. Il existe actuellement un certain nombre de cas, où le pneumocoque de Friedländer a été la cause de méningites mortelles. (*Centralbl. für Bakteriol.*, 12 juil. 1901, d'après *British med. Journ.*, 26 oct. 1901.)

TRIVAS.

Rhinoplastie partielle (Société belge de chirurgie, séance du 23 novembre 1901), par le Dr F. DEJARDIN, de Liège.

L'auteur fait une communication au sujet d'un procédé de rhinoplastie qui lui a donné des résultats très satisfaisants. Il s'agissait d'un vieillard de soixante et onze ans, chez lequel un lupus ulcéreux avait détruit tout le versant gauche du nez, depuis la racine du nez jusqu'à la lèvre supérieure. De plus, l'ulcération a envahi toute la paupière inférieure.

Après avoir traité l'affection lupique par des cautérisations ignées énergiques, et constaté qu'il ne restait plus que du tissu de cicatrice sain, il fut procédé à la rhinoplastie de la façon suivante :

M. Déjardin a pris un lambeau unique au front, l'a détaché, rabattu sans torsion sur le nez et au-devant de la bouche, la face cutanée en arrière, la face cruentée en avant, puis l'a replié sur lui-même en le doublant, de façon à avoir les faces cruentées adossées et une face cutanée en dedans et en dehors du nez.

L'opération date de huit mois, et, jusqu'à maintenant, le résultat est excellent. La plaie du front a guéri par bourgeonnement et sans qu'il ait été besoin de recourir à l'autoplastie. (*Journ. de chir.* et *Ann. de la Soc. belge de chir.*)

Dr G. Dupond.

LARYNX ET TRACHÉE

Un cas de phlegmon foudroyant du pharynx et du larynx, par M. le Dr Höulmoser.

Malade âgé de quarante-trois ans, sans antécédents héréditaires ou personnels suspects. Est pris subitement d'un mal de gorge et de dysphagie, avec tuméfaction de la région cervicale gauche. Ces symptômes s'aggravent rapidement. Le malade devient inquiet, agité, respire difficilement et bruyamment. Pas d'ictère ni d'œdème. Pouls 154, température 38° centigrades.

L'auscultation des poumons est difficile à cause du bruit respiratoire. La percussion ne révèle rien d'anormal. Cœur sain. Une inflammation diffuse très intense existe sur le côté gauche du cou et s'étend jusqu'à l'oreille. Au milieu de cette infiltration on découvre, par la palpation, des ganglions tuméfiés et douloureux. Le pharynx, surtout dans sa moitié gauche, est très enflammé, tuméfié et couvert de pus; la luette est œdématiée, l'épiglotte enflammée et tuméfiée. Il existe également une tuméfaction des deux sinus pyriformes, dont le gauche fait saillie en avant, sous forme de deux tumeurs causant une déformation de l'épiglotte. La tuméfaction a également envahi les bandes

ventriculaires et les cordes vocales, avec rétrécissement considérable de l'orifice glottique. Le reste du larynx est œdématié.

On excise une partie de l'épiglotte, aussi bien pour soulager la respiration que pour rendre plus facile l'exploration. On n'en est pas moins obligé de pratiquer bientôt la trachéotomie, qui s'accomplit sans incidents, et au cours de laquelle on trouve toutes les couches situées entre la peau et la trachée atteintes d'infiltration œdémateuse.

Le soir du même jour le malade se trouve mieux, mais la température monte à 39°.

Le lendemain la tuméfaction du cou augmente et devient plus douloureuse. L'inspection du larynx est impossible.

Dans l'après-midi le pouls devient faible et irrégulier. Les extrémités commencent à se cyanoser.

Le lendemain tous les symptômes subissent une aggravation, et le malade meurt dans l'après-midi.

D'après les résultats fournis par l'autopsie, on put poser le diagnostic suivant : phlegmon du pharynx ayant envahi le larynx et le tissu connectif périœsophagien, s'étant propagé à la région cardiaque et ayant déterminé une infiltration phlegmonoïde de tout le tissu conjonctif de la région cervicale; tuberculose chronique des deux lobes supérieurs, ulcération tuberculeuse de l'intestin, commencement de pleurésie purulente gauche, tuméfaction du cœur et des reins, dégénérescence graisseuse du foie.

L'examen microscopique a révélé la présence de cocci analogues aux diplocoques de Frankel-Weichselbaum, mais non pas identiques à ces derniers. (*Memphis med. Monthly*, n° 11, 1902.)

Dr S. JANKELEVITCH.

Traitement de la tuberculose laryngée, par le Dr ESCAT.

Sur 243 cas de tuberculose laryngée traités par l'auteur, il n'a noté qu'une fois la tuberculose nodulaire, et qu'une fois la tuberculose néoplasique; tous les autres cas étaient des cas de tuberculose laryngée diffuse aux différentes phases. Jamais il n'a observé de laryngite tuberculeuse primitive. Un très petit nombre de tuberculeux du larynx

peuvent guérir, beaucoup peuvent être améliorés, et presque tous être très soulagés par un traitement bien conduit.

L'auteur passe ensuite en revue les divers traitements de la lésion, des symptômes et de l'état général.

Le traitement de la lésion consiste en fumigations (essence de pin d'Autriche, solution alcoolique créosotée à 10 0/0, pulvéol), en aspirations de poudres antiseptiques (diiodoforme, iodol, aristol, traumatol, créosoforme), révulsions prélaryngées, badigeonnages intra-laryngés (acide lactique, phénol sulforiciné, glycérine phéniquée), instillations intra-laryngées (huile mentholée, huile myrtolée, glycérine créosotée).

Dans le cas de laryngite nodulaire et néoplasique on peut avoir recours à l'ablation, à l'aide de pinces laryngiennes; la thyrotomie peut aussi trouver son indication. Il ne préconise pas l'aryténoïdectomie de Gouguenheim dans les cas d'infiltration des régions aryténoïdiennes.

La dysphagie se calme par des badigeonnages d'huile mentholée, par des gargarismes et des pulvérisations à la cocaïne, antipyrine, morphine, eau de laurier-cerise et des aspirations de poudre à la morphine et à l'orthoforme. Contre la dyspnée on emploiera les compresses chaudes et les inhalations de chloroforme.

L'auteur ne préconise pas le tubage ni la trachéotomie, qu'on ne doit tenter que lorsqu'on a la main forcée. Le traitement général est celui de la tuberculose pulmonaire. (*Archiv. méd. de Toulouse*, nov. 1901.) Dr BERBINEAU.

OREILLES

Méningite aiguë à la suite d'une otite moyenne peu intense; propagation par le labyrinthe (Extr. de *Jahresb. der Kgl. Univ. Ohrenkl. zu Halle*), par les Drs GRUNERT et SCHULZE. Obs. XIII.

Jeune fille de quinze ans. A été opérée pour des végétations adénoïdes en 1896. Il y a deux mois, on lui a fait une paracentèse du tympan droit, à propos d'une otite catarrhale; la malade ne revient pas régulièrement se faire soigner. Depuis quelques jours, anorexie, céphalée frontale intense, frissons, vomissements. On la fait entrer à l'hôpi-

tal, où elle meurt le troisième jour avec tous les symptômes de méningite aiguë. La ponction lombaire avait été positive. On avait aussi agrandi l'ouverture tympanale, mais sans faire sortir plus de pus qu'il n'en venait avant; la mastoïde avait été sensible à la pression; l'examen fonctionnel avait été impossible à pratiquer.

L'autopsie confirme le diagnostic posé. Il y a très peu de muco-pus dans la caisse; on n'y trouve pas les diplocoques rencontrés à l'examen du liquide céphalo-rachidien. Etrier et membrane de la fenêtre ronde sans lésions. Pus dans le labyrinthe; les nerfs du méat auditif interne sont infiltrés de corpuscules de pus.

Certes, il y a discordance entre une méningite aussi foudroyante dans son évolution et une otite moyenne si légère; on n'a, de plus, pas pu trouver les mêmes bactéries dans le pus de l'oreille moyenne. Mais à considérer l'infection du labyrinthe et le fait que les symptômes méningitiques ont éclaté dans le cours de l'otite, on ne peut contester une relation nette de cause à effet entre les deux affections. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 1 et 2.)

Dr BERTEMES.

Mastoïdite aiguë à forme récidivante guérie sans intervention, par le Dr GOULY.

Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une angine grippale, avait été atteint d'otite moyenne aiguë : d'où écoulement abondant et, deux jours plus tard, mastoïdite aiguë. A la suite d'un traitement médical les accidents s'amendèrent rapidement.

Le 4 novembre, l'écoulement diminua brusquement, et des phénomènes douloureux apparurent, mais au bout de trois jours, l'otorrhée ayant reparu plus abondante, le mieux se manifesta.

Vers le 10 le malade fut obligé de partir pour Paris, où des accidents de récidive mastoïdienne se déclarèrent avec une telle intensité que le Dr Luc proposa l'opération, qui fut d'ailleurs refusée par le malade. Le deuxième jour tout symptôme inquiétant avait disparu, et le malade

revint à Reims. Dans la nuit du 30, réapparition brusque des accidents mastoïdiens. L'intervention fut encore refusée par le malade et l'on dut se contenter de soins médicaux. Son état resta grave pendant une dizaine de jours, et ce n'est que le 12 décembre que l'on constata un mieux sensible.

L'amélioration alla toujours en augmentant et la guérion, définitive le 8 janvier, s'est maintenue depuis.

Cette forme récidivante de mastoïdite primitive est rare; la récidive a plutôt lieu après l'intervention. De ce cas heureux, qui a guéri à la suite d'un traitement simple, il ne faudra pas conclure, dans tous les cas, à une non-intervention. L'auteur est partisan convaincu du traitement chirurgical, et repousse l'abstention systématique. (*Union méd. du Nord-Est.*)

Dr G. DUPOND.

Présentation d'un cas de vertige auriculaire, par le Dr LIBOTTE, de Bruxelles.

L'auteur a obtenu la guérison au moyen de l'électrisation statique du tympan. Un grand nombre de spécialistes avaient institué en vain un grand nombre de traitements pour combattre la céphalalgie, les vertiges et les vomissements, qui duraient depuis deux ans et demi.

La valeur de cette guérison est néanmoins fortement diminuée par la présence simultanée de symptômes se rapportant à l'hystérie (exagération des réflexes rotuliens, insensibilité de la luette). (Discussion à la Société belge de neurologie, 30 nov. 1901, *in Journal médical de Bruxelles,* n° 2, 2 janv. 1902.)

Dr A. CAPART fils.

Nouveau procédé simple et pratique de rendre le massage direct de la chaîne des osselets de l'oreille au moyen de la sonde à ressort de Lucæ moins douloureux, et, partant, plus efficace, par M. KŒNIG.

Le procédé consiste à tremper la cupule qui est au bout de la sonde dans de la paraffine fondue; on ne laisse pas la paraffine se durcir trop pour coiffer le processus brevis du marteau avec la cupule enduite de paraffine.

La paraffine étant molle, le massage est peu douloureux,

il ne produit pas d'irritation ni d'excoriations du tympan, et il peut être plus prolongé; il devient de ce chef plus efficace. (*Archiv. internat. de laryngol.*, oct. 1901.)

Dr BERBINEAU.

NOUVELLES

— **Société de laryngologie, rhinologie et otologie d'Amérique.** — La réunion de la section Est de la Société de laryngologie, rhinologie et otologie d'Amérique a eu lieu à l'Académie de médecine de New-York le samedi 1er mars.

Voici le titre des communications annoncées :

CARL E. MUNGER (Waterbury, Conn.) : Démonstration d'instruments; Un cas de tumeur adénoïde naso-pharyngienne extraordinaire; — GEO. E. RICHARDS (Fall River, Mass.) : Un cas unique de polype rétro-nasal chez un enfant, avec la pièce; — ROBERT C. MYLES (New-York) : Rapport de quatre cas de polypes attachés à la paroi supérieure de l'antre maxillaire, faisant saillie dans le nez et le nasopharynx; — JAMES E. MC KERNON (New-York) : Rapport d'un cas d'abcès temporo-sphénoïdal avec présentation du malade; — FREDERICK C. COBB (Boston) : Abcès péritonsillaire; — W. H. HASKIN (New-York) : Deux cas d'hémorragie : *a)* tonsillaire; *b)* nasale; — B. S. BOOTH (Troy, N. Y.) : Opérations du septum avec la cocaïne et le protoxyde d'azote; — Suppuration aiguë de l'oreille moyenne; ses causes, ses symptômes et son traitement (Discussion ouverte par MM. WENDELL C. PHILLIPS, EDWARD B. DENCH, JAMES F. MC KERNON).

EUGÈNE A. CROCKETT (Boston) : Ablation de l'étrier pour améliorer le vertige auriculaire; — JAMES F. MC CAW (Watertown, N. Y.) : Chorée du larynx; rapport d'un cas; — CHAS. W. RICHARDSON (Washington, D. C.) : Traitement de la mycose tonsillaire; — THOS. R. POOLEY (New-York) : Epithélioma du pavillon et du conduit auditif; opération; présentation du malade; — W. FREUDENTHAL (New-York) : Rhinite rhumatismale; — Z. L. LOENARD (New-York) : Rhinite hypertrophique; son traitement; — THOMAS J. HARRIS (New-York) : Persistance de la température après l'opération mastoïdienne; analyses de trois cas; — CHEVALIER JACKSON (Pittsburg, Pa.) : Déviations de la cloison nasale; Pourquoi notre opération de redressement est souvent en défaut; — ARTHUR B. DUEL (New-York) : Traitement opératoire de la sténose trachéale consécutive à l'intubation faite pour diphtérie; présentation de trois cas; — H. N. HOOPLE (Brooklyn) : Rapport d'un cas d'empyème du sinus maxillaire ayant présenté d'intéressantes complications; — JOHN C. LESTER (Brooklyn) : Néoplasme extrinsèque du nez; — CONRAD BERENS (Philadelphie) : Empyeme du sinus frontal; — SEYMOUR OPPENHEIMER : Considérations générales sur l'hyperplasie de l'amygdale linguale.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 11. 15 MARS 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

VERTIGE NASAL ET ÉPILEPSIE[1]

Par le Dr A. JOUSSET, de Lille.

Un travail du Dr Collet, paru dans le *Lyon médical* de novembre 1901, travail analysé par le Dr Brindel dans la *Revue hebdomadaire* du 4 janvier 1902, nous a rappelé des faits de vertige nasal observés dans notre pratique.

L'histoire du malade de M. Collet peut se résumer ainsi : une personne éprouvait subitement un picotement dans les fosses nasales, suivi ou non d'éternuement; elle ressentait une douleur vive à la nuque, et, presque immédiatement, elle perdait l'équilibre et tombait la face en avant. Elle avait le temps d'étendre les mains pour se garantir, elle ne perdait pas complètement connaissance. La face, d'abord congestionnée quelques secondes, devenait très pâle pendant quelques minutes. Une transpiration abondante s'établissait pour durer un quart d'heure. La personne restait somnolente et abattue pendant la soirée.

Comme l'a fait remarquer le Dr Pic, lors de la communication du Dr Collet, ainsi que le constate le Dr Brindel, il semble qu'il s'agit là d'une crise d'épilepsie à aura nasale. Il est permis de supposer que l'excitation périphérique provenait d'une sensibilité exagérée au niveau d'un éperon de

1. Travail reçu le 16 février 1902.

la cloison. Nous croyons devoir accepter cette opinion; les deux observations suivantes paraissent nous y autoriser.

Observation I. — Philippe C..., homme de vingt-six ans, se présente à notre consultation en décembre 1901, accusant une gêne respiratoire, se compliquant, à certains moments, d'accidents nerveux. Il éprouve quelquefois des picotements dans la narine gauche, peu après de la pesanteur de tête et des fourmillements dans les membres. Après quelques secousses, il perd légèrement connaissance; la face, un peu congestionnée dans les premiers moments, devient très pâle. Grand abattement après la crise.

Cette attaque ou crise épileptiforme, dont une ébauche eut lieu devant nous, nous sembla due à une excitation périphérique dans la pituitaire, à gauche. L'examen rhinoscopique montrait une déviation énorme de la cloison sur la gauche, difformité due à une chute faite à l'âge de douze ans. La narine droite respirait aussi fort mal, à cause d'un encombrement dû au cornet inférieur hypertrophié. Des poussées inflammatoires du côté de l'oro-pharynx avaient causé un abcès de la caisse droite et une perforation du tympan [1].

Ce malade fut opéré d'après les données du Dr Mouré [2], fin décembre. Dix jours après il respirait librement des deux côtés [3].

Les crises ont disparu, et bien que C... éprouve encore des impatiences nerveuses, les fatigues, les contrariétés n'amènent plus la douleur de tête, les fourmillements, les secousses, la perte de connaissance. Il n'éprouve plus la crainte de tomber qui le tourmentait antérieurement. Quelques doses faibles de bromure paraissent agir plus efficacement que des fortes doses prescrites avant l'opération.

Nous pensons pouvoir conclure que ces crises étaient à aura nasale. Il serait intéressant de suivre la personne et de rechercher si d'autres causes d'excitation périphérique, en un autre point du corps, pourront rappeler des crises.

1. Des lavages du nez avec un liquide légèrement teinté de bleu de méthylène nous ont permis de constater rapidement le fait.

2. *Rev. hebdom. de laryngol.*, 1901.

3. La spirométrie monta, après l'opération, de 1,800 à 2,100. La pulsométrie, ou poussée expiratoire de l'air par le nez, passa de 3 à 12 à droite, de 0 à 10 à gauche.

Obs. II. — Paul B..., homme de trente ans, demande des soins, en février 1900, pour une affection nasale. Il déclare qu'il était antérieurement sujet à des attaques d'épilepsie, que les crises avaient diminué grâce à un traitement bromuré suivi pendant un certain temps, mais que, depuis deux ou trois mois, elles sont devenues plus fréquentes et sérieuses. Ce retour paraît dû à des douleurs dans le nez, douleurs suivies d'une sécrétion nasale gênante. Des picotements, de l'énervement, de la pesanteur de tête précèdent les attaques.

L'examen permet de constater une rhinite hypertrophique à gauche, atrophique à droite. L'affection est plus avancée dans la dernière fosse nasale, mais la gêne est plus grande à gauche parce que le gonflement des cornets inférieur et moyen paraît agir sur la cloison.

Nous prescrivons des lavages, nous attaquons les cornets avec le galvanocautère [1]. Ce traitement fait cesser la gêne, et en même temps les crises qui ne se reproduisent plus. Dans les dix mois qui suivirent, le malade ne tomba pas une seule fois. Il est donc permis de dire que l'aura était nasale et que la destruction d'une partie des cornets a supprimé une cause d'irritation.

Nous devons faire remarquer, en passant, qu'il faudrait, en circonstance semblable, agir prudemment et ne pas abuser du galvanocautère, parce que le Dr Lermoyez a signalé, en octobre dernier [2], une névralgie faciale due à la compression d'un filet enserré dans du tissu cicatriciel produit par une cautérisation.

Ces deux observations nous paraissent prouver ce que le Dr Collier faisait remarquer à l'Association britannique de laryngologie (janvier 1902) [3], que des cas d'épilepsie proviennent et sont aggravés par l'état du nez et du naso-pharynx.

L'épilepsie reconnaît souvent comme cause une irritation périphérique en un point quelconque: dents, intestins,

1. Nous avons cautérisé avec précaution parce que nous redoutons l'emploi suivi des cautérisations qui hâtent le passage à la seconde période de la maladie ou rhinite atrophique.

2. Cause et traitement d'une névralgie faciale due à la galvanocaustie de la pituitaire (*Ann. des mal. de l'oreille*, octobre 1901).

3. *Rev. hebdom. de laryngol.*, janv. 1902, p. 116.

organes génitaux... « Il serait étonnant que des parties du corps comme la gorge et le nez, sous-tributaires de tous les nerfs craniens, du premier au neuvième, échappassent à cette influence. Tous les nerfs craniens, de l'optique à l'hypoglosse, se distribuent et contractent des rapports intimes dans le nez et dans la gorge [1]. »

Il faut donc appeler l'attention sur ces données, comme certains de nos confrères l'ont fait pour plusieurs formes de troubles dans l'équilibre cérébral dus aux obstructions nasales [2], aux végétations adénoïdes [3].

Le praticien ne peut affirmer qu'en agissant sur le nez il fera disparaître l'épilepsie, mais il peut montrer qu'il fait cesser une cause d'irritation pouvant aider à l'apparition de crises.

Le Dr Dundas Grant a observé, chez des épileptiques qui avaient été amenés à sa consultation pour les maladies du nez et de la gorge, une diminution considérable dans le nombre et dans la gravité des attaques après l'intervention [4].

Nous avons constaté, dans nos deux observations, que la médication bromurée paraissait agir plus efficacement, même avec des doses moindres de médicaments, après cette intervention, fait qui avait déjà frappé nos confrères.

Il ne faudrait pas confondre les cas de vertige épileptiforme que nous avons observés avec certaines angoisses, avec les tournoiements de tête, la fatigue cérébrale, l'absence..., que nous avons constatés dans des cas d'obstruction nasale. Il suffit de jeter un regard sur quelques-uns de ces faits.

Obs. III. — L..., prêtre de vingt-quatre ans, dont nous avons publié l'observation [5], portait un éperon bouchant la narine droite

1. *Rev. hebdom. de laryngol.* de 1902, p. 117.

2. Royet, Obstruction nasale et myxœdème. Bourses pharyngiennes et brides du cavum (*Écho méd. de Lyon.* 15 fév. 1901, p. 34).

3. *Rev. hebdom. de laryngol.*, janvier 1902, p. 116.

4. *Rev. hebdom. de laryngol.*, janvier 1902, p. 116.

5. Observations sur l'opération d'Asch pour déviations de la partie cartilagineuse de la cloison (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 1901).

et ayant contracté des adhérences avec le cornet inférieur. Cette personne éprouvait de la gêne quant elle s'animait ou lisait un certain temps à voix-haute; elle était obligée de s'arrêter, car elle souffrait de la tête, avait de l'anxiété cardiaque. L'apnée donnait une sensation de malaise, de tendance à la faiblesse, de vacillations. Après quelques respirations profondes dans la station assise, le calme revenait.

Ces symptômes, que nous avons observés dans quelques cas d'obstruction nasale due au développement permanent ou temporaire des cornets inférieurs, étaient probablement dus à de l'anoxémie par sténose.

L... fut opéré par le procédé d'Asch; le malaise disparut complètement quand la narine put largement respirer [1].

L'obnubilation cérébrale peut, à la longue, produire de l'affaiblissement, comme le faisait remarquer le Dr Royet dans le *Lyon médical* (article cité [2]) et comme le prouve l'observation suivante :

Obs. IV. — Mlle L..., vingt-neuf ans, souffre depuis longtemps de gêne respiratoire. La cloison, déviée sur la droite, forme éperon dans la narine et diminue l'entrée de l'air. La spirométrie est peu élevée (1,900), la pulsométrie atteint à peine 1,5.

Cette personne accuse des maux de tête fréquents, et, pendant des périodes plus ou moins longues, une impossibilité de fixer les idées et de faire un travail intellectuel.

Nous débarrassons la narine avec le couteau fenêtré du Dr Moure. Les malaises disparaissent, la spirométrie et la pulsométrie deviennent normales. Le travail intellectuel est plus aisé.

Ces cas sont plus faciles à différencier des crises nerveuses que les accès convulsifs et paroxystiques de colère et de violence que l'on observe chez quelques enfants dont le nez est encombré et qui portent des végétations adénoïdes [3].

1. La spirométrie de 2,050, avant l'opération, passa à 2,900, la pulsométrie de la narine droite passa de 0 à 8.

2. *Écho méd. de Lyon*, février 1901.

3. Cas d'épilepsie et relations avec végétations adénoïdes (*Rev. hebdom. de laryngol.*, janvier 1902, p. 116).

Obs. V. — J..., enfant de sept ans, porteur de végétations adénoïdes et d'un cornet inférieur gauche volumineux, éprouvait assez souvent des crises de suffocation; il avait aussi des crises d'asthme.

Par moments il se plaignait de douleurs de tête, devenait pâle et, après avoir eu quelques tremblements, il s'emportait et entrait dans de violentes colères. De l'affaissement pendant quelques heures, de la lassitude terminaient la crise.

Le curettage du naso-pharynx, la cautérisation à l'acide chromique sur quelques points du cornet diminuèrent ces accès.

Toutes ces observations sont loin de présenter la même symptomatologie que les deux premières.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE

Xe Réunion annuelle tenue a Breslau les 24 et 25 mai 1901 [1]

M. Jansen (Berlin). — De l'état actuel de nos connaissances et théories sur la pyohémie otogène *(Ueber den Gegenwärtigen Stand der Lehre von der otogenen Pyämie).*

Le rapporteur discute d'abord la base pathologique de la pyohémie otogène. En dehors du thrombus septique, oblitérant et désagrégé, nous avons à considérer le thrombus résistant et solide et le thrombus pariétal. La périphlébite peut aussi facilement donner lieu à des états pyohémiques, tandis que dans l'abcès extra-dural la fièvre peut faire défaut. Les abcès périphlébitiques n'ont pas besoin d'être bien gros, ni sous haute pression, pour occasionner de la fièvre.

M. Jansen aborde ensuite la question de savoir si la pyohémie métastatique peut se développer directement à la suite d'un empyème de l'apophyse mastoïde soit par résorption directe des matières septiques, soit par inflammation des petites veines (ostéo-phébite). C'est conformément à ces idées qu'il a autrefois lui-même interprété quelques-uns de ses propres cas, mais

1. Résumé d'après les *Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft auf der zehnten Versammlung in Breslau am 24 und 25 mai 1901.* (Iéna, Fischer, 1901.)

depuis cette époque son expérience personnelle lui a fait graduellement abandonner cette théorie. Dans tous les cas de pyohémie observés par lui, il a toujours trouvé des lésions sinusiennes. L'apophyse mastoïde de même que la dure-mère offrent des conditions très défavorables à la résorption. Ceci nous explique pourquoi de pareils abcès, même quand ils sont très gros, ne sont jamais accompagnés, chez l'adulte, de températures élevées, excepté dans le premier stade d'une mastoïdite virulente aiguë. De jeunes sujets réagissent cependant plus facilement contre la fièvre, et chez les enfants et les nourrissons le passage direct du staphylocoque ou de toxines microbiennes d'un foyer mastoïdien purulent dans le sang a été plusieurs fois démontré, et, à l'heure actuelle, ne fait plus de doute.

Koerner a recueilli dans la science un grand nombre de cas tendant à démontrer que la pyohémie métastatique peut se développer par ostéo-phlébite seule, sans affection des sinus. Mais si nous analysons les données statistiques réunies par cet auteur, nous trouvons que ses conclusions reposent sur des faits qui sont loin d'être si démonstratifs. En effet, sur le nombre total des cas rapportés par Koerner, il faut tout d'abord en éliminer de 15 à 17 où la présence d'une trombose sinusienne ou d'un abcès périsinusien a été nettement établie. Dans 15, sur les 26 cas ayant subi une opération, celle-ci a été insuffisamment décrite ou exécutée d'une façon incomplète. Ces cas ne nous renseignent nullement sur la présence d'un abcès périsinusien. Quant aux 16 cas qui guérirent sans opération, ils forment un groupe à part qui peut donner lieu à toute sorte de conjectures; aussi est-il évident que ces cas ne peuvent servir d'argument solide. Dans 6 des cas opérés, l'apophyse mastoïde a été trouvée parfaitement saine.

Comment donc une ostéo-phlébite a-t-elle pu prendre naissance dans une mastoïde normale? Dans d'autres cas, la pyohémie a commencé ou persisté longtemps après une intervention négative. Dans 80 o/o du nombre total des cas, l'autopsie a été pratiquée d'une façon incomplète ou insuffisamment décrite. Dans pas un cas il n'est fait mention de l'état du bulbe jugulaire, chose importante et absolument indispensable. Ainsi donc, du grand nombre des cas recueillis par Koerner,

il ne reste rien ou presque rien, et le peu qui en reste ne résisterait pas à une critique sévère. Il est à noter que 25 o/o des cas étaient dus à une suppuration chronique, que 25 o/o ont succombé et que de 20 à 25 o/o présentaient des foyers métastatiques dans les poumons. Il s'ensuit qu'on ne saurait déterminer la fréquence d'une telle pyohémie d'après la relation de cas réunis dans la science. Suivant l'exemple de Leutert, beaucoup d'auteurs sont devenus plus sceptiques dans l'interprétation de leurs cas.

Passant ensuite à l'analyse de ses observations personnelles, Jansen dit que sur ses 63 cas de pyohémie, la thrombose sinusienne faisait défaut seulement dans 4 cas. Cependant, dans ces 4 cas il y avait des lésions périsinusiennes plus ou moins graves. 2 cas de thrombose sinusienne ne présentèrent aucun symptôme pyohémique; dans 3 cas, il y a eu seulement une très légère élévation de la température; dans 1 cas, une haute température pyohémique sans métastases; enfin, 7 cas d'otite moyenne aiguë développèrent une pyohémie avec foyers métastatiques dans les muscles et les articulations. Ces 13 cas offraient le tableau clinique de l'ostéo-phlébite telle qu'elle avait été décrite par Koerner. Mais dans tous ces cas l'opération a révélé l'existence d'une thrombose sinusienne. D'autre part, dans 3 cas il y eut une pyohémie grave occasionnée soit par une thrombose pariétale, soit par une périphlébite. Toutes ces considérations prouvent que la pyohémie ostéo-phlébitique ne mérite point la place qui lui a été assignée par Koerner. Si, d'après ce dernier, la pyohémie sans affection sinusienne est plus rare que la pyohémie avec phlébite du sinus, le rapporteur va même plus loin et croit que, si la pyohémie sans affection sinusienne existe, elle est *extrêmement* rare et n'a aucune importance pratique.

Les métastases musculaires et articulaires, loin d'exclure — ainsi que le veut Koerner — le diagnostic de trombose sinusienne, sont, au contraire, une preuve de la présence d'une affection sinusienne ou du bulbe jugulaire. On a soutenu que la pyohémie ostéo-phlébitique peut être facilement différenciée de la phlébite sinusienne par sa marche clinique, les caractères de ses métastases et ses complications; mais ni dans la littérature

scientifique ni dans ses observations personnelles M. Jansen n'a trouvé la confirmation de cette opinion. Si la phlébite du sinus peut être facilement diagnostiquée par un observateur habile, il n'en est pas de même de la périphlébite du bulbe, qui échappe toujours à notre observation dans tous les cas.

Cependant M. Jansen ne pense pas qu'on doive considérer cette dernière affection comme improbable ou comme une phase non existante de la pyohémie. Souvent, au cours d'une otite aiguë, le bulbe court des dangers bien plus grands que le sinus, comme, par exemple, dans les inflammations d'une virulence extrême, dans les perforations spontanées tardives, dans certaines conditions anatomiques particulières, où la fosse jugulaire étant située dans le temporal à un niveau supérieur, le bulbe se trouve en contiguïté étendue avec la cavité tympanique. Dans un cas de septicémie grave, l'auteur a trouvé la partie supérieure de la jugulaire nécrosée déjà au dix-septième jour après la première apparition de la fièvre et d'une otite grippale aiguë, tandis que le sinus était absolument intact. Les processus phlébitiques du bulbe, par la gravité de leur pronostic et les dangers d'une infection générale, sont bien plus redoutables que ceux du sinus latéral, mais en même temps les processus périphlébitiques du bulbe offrent, en raison de l'amélioration rapide de l'inflammation intra-tympanique, des conditions plus favorables pour une guérison spontanée que ceux du sinus. Dans tous les cas de pyohémie, où le sinus paraît sain, surtout dans les otites aiguës, on doit toujours et avant tout penser à une phlébite du bulbe.

Ligature de la veine jugulaire.

Dans la thrombose pariétale et dans le thrombus oblitérant non encore désagrégé, la guérison spontanée est possible après évacuation de la collection périsinusienne. Les observations de cette nature sont très nombreuses. Si le thrombus est désagrégé, on doit chercher à l'enlever soit par l'incision du sinus, soit par la ligature de la jugulaire, soit par les deux opérations combinées. Si l'on se reporte aux cas publiés jusqu'à présent, la ligature de la jugulaire donnerait des résultats plus favorables que l'ouverture du sinus seule. Dans le tableau synoptique de Viereck, qui comprend 94 cas où il

n'y avait aucun signe de lésion de la veine jugulaire, la ligature a été faite dans 40 cas et l'ouverture du sinus seule dans 54. Sur les 40 cas ligaturés, 6, c'est-à-dire 15 o/o, ont succombé, et sur les 34 qui ont guéri, 6 développèrent des complications métastatiques. Sur les 54 cas d'ouverture du sinus, 13, c'est-à-dire 14 o/o, ont eu une issue fatale. Sur les 41 cas guéris, 16 ont eu une fièvre pyohémique ayant persisté longtemps et 11 des abcès métastatiques. Les nombreuses guérisons obtenues après la seule incision du sinus tendraient à montrer que la ligature est souvent inutile. L'opinion de l'auteur sur les différentes opérations et leurs indications peuvent se résumer ainsi que suit :

La ligature de la jugulaire est indiquée :

1° Comme *premier stade* de l'opération :

a) Dans les cas incontestables de phlébite jugulaire;

b) Dans la septicémie grave;

2° Après la *mise à nu* du sinus :

a) Quand, avec un sinus sain et sans lésions périsinusiennes, la pyohémie détermine des frissons et des oscillations marquées de la température;

b) Dans la périphlébite et la thrombose pariétale dans les mêmes conditions;

3° Après *l'incision* du sinus :

a) Si le thrombus sceptique est ou a été situé dans le voisinage immédiat du bulbe;

b) Si, après l'incision, il n'y a eu ni cessation des frissons ni abaissement de la température;

4° Le sinus est *ouvert* :

a) En présence d'un thrombus sceptique désagrégé;

b) Dans les cas de gangrène de la paroi du sinus;

c) Dans les cas de frissons répétés, d'oscillations marquées de la température et d'un mauvais état général;

d) Dans la névrite optique.

L'existence d'une affection de la paroi sinusienne ou d'un thrombus solide n'exige pas nécessairement une opération sur le sinus ou sur la veine jugulaire, car souvent ces affections guérissent spontanément. Ce qui importe c'est le caractère de l'infection générale, qui est un facteur essentiel.

La coexistence d'une méningite purulente diffuse est considérée à l'heure actuelle comme une contre-indication pour une intervention sur les sinus. Cependant la simple présence de pus ou de cocci dans le liquide de la ponction lombaire, ne doit point nous empêcher d'intervenir.

Partageant en cela les idées de Bergmann, mais différant d'opinion avec Leutert, Jansen rejette l'incision du sinus pour des raisons thérapeutiques et particulièrement dans un but diagnostique, aussi longtemps que le courant sanguin continue à circuler librement dans les vaisseaux. A l'incision, il préfère donc la ponction, quoique celle-ci ne soit concluante que dans les cas où le résultat est positif. La méthode de Whiting qui consiste à s'assurer par la compression digitale si le bulbe est thrombosé ou non, est permise; mais, en dehors des inconvénients qu'elle offre, elle donne des résultats fort douteux et ne mérite pas grande confiance.

En définitive, guidé par les principes exposés plus haut, on ne liera pas immédiatement la veine jugulaire dans chaque cas de pyohémie où l'on n'aura trouvé qu'un abcès périsinusien ou qu'une thrombose pariétale; on ne liera pas davantage dans les cas où le foyer circonscrit du sinus pourra entièrement être mis à nu.

M. Brieger (Breslau). — **De l'état actuel de la question de la pyohémie otogène** *(Ueber den gegenwärtiger Stand der Lehre von der otogenen Pyämie).*

La pathogénie de la pyohémie otitique varie dans différents cas. Ordinairement il existe un processus thrombo-phlébitique dans le sinus latéral ou sigmoïde ou dans le bulbe jugulaire; mais il peut y avoir des cas de pyohémie otitique non douteuse où les sinus présentent tous un état normal.

Les symptômes pyohémiques peuvent provenir directement de l'oreille par la formation d'embolies bactériennes. L'ostéophlébite ne doit plus être considérée comme une forme clinique spéciale de pyohémie otitique. Dans des cas où, à l'opération, le sinus paraît normal, les symptômes pyohémiques s'expliquent souvent par un thrombus pariétal.

Étiologie. — De toutes les variétés microbiennes, celle qui

se rencontre le plus souvent est le streptocoque; quelquefois on trouve le staphylocoque, le pneumocoque et le bacille de Friedländer. Le nombre, la distribution des germes et leur virulence à l'intérieur du thrombus varient considérablement. Cette virulence n'est pas toujours en rapport direct avec la gravité des symptômes pyohémiques. Parfois la dissémination des particules thrombosiques détermine des infarctus simples; d'autres fois, la formation d'abcès métastatiques. Les symptômes pyohémiques peuvent subir une recrudescence, et de nouvelles métastases peuvent se former après un intervalle de semaines, voire même de mois.

Diagnostic. — On ne saurait diagnostiquer une pyohémie otitique ou une thrombose sinusienne en se basant sur l'intensité et la persistance de la fièvre, car ce symptôme s'observe parfois dans des suppurations non compliquées. Seule, la courbe typique de la température pyohémique est concluante, encore est-elle susceptible de variations et peut, quelquefois, faire complètement défaut.

Le rapporteur traite ensuite de l'examen du sinus avant et après l'incision; il appelle l'attention sur l'importance d'une inspection attentive de la paroi interne et passe en revue les différentes méthodes ayant pour but de rendre exsangue la portion malade du sinus.

Traitement. — L'opération pour thrombose sinusienne n'est contre-indiquée que dans les cas où l'état général du malade interdit toute intervention chirurgicale. L'opération doit avoir pour but d'amener une occlusion centrale et périphérique du sinus. C'est pourquoi l'ablation des extrémités solides du thrombus doit être évitée. La méthode fréquemment employée dans la thrombose pariétale et qui consiste à lier la veine jugulaire transformant ainsi la thrombose pariétale en thrombose complète, et à inciser ensuite le sinus, laisse le champ libre à de nombreuses objections et n'est pas exempte de dangers. La ligature de la veine jugulaire pour empêcher la dissémination de particules infectées du thrombus est le plus souvent inutile, car une adhérence solide des parois a lieu entre le bout inférieur du thrombus et la veine tributaire la plus proche; quelquefois même elle est dangereuse parce

qu'elle favorise l'expansion du thrombus à des territoires du système nerveux restés jusque-là indemnes. Cependant, si la phlébite se propage à la veine jugulaire, la ligature de celle-ci est le seul moyen d'empêcher l'extension de la thrombo-phlébite. La ligature doit être suivie de l'ouverture de la portion entre les deux ligatures.

Démonstration de courbes de températures, de spécimens et de dessins de thrombose sinusienne.

M. KOERNER (Rostock) admet que l'ostéo-phlébite est plus rare qu'il ne l'a pensé autrefois, mais il maintient son opinion qu'une simple affection de l'os peut déterminer une fièvre pyohémique et des métastases périphériques.

M. LEUTERT (Kœnigsberg) dit qu'au point de vue pratique la question de la pyohémie ostéo-phlébitique n'a qu'une importance minime. Si, dans un cas de pyohémie, l'autopsie ne révèle pas l'existence d'une thrombose sinusienne, on pratiquera l'examen microscopique des différents sinus. Leutert croit qu'on commet rarement une erreur en diagnostiquant une thrombose sinusienne chez des adultes qui, depuis plusieurs jours, ont une fièvre continue dépassant 39°. Pour cet auteur, il n'existe point de thrombus non infecté. Si l'on trouve un thrombus dans un cas de pyohémie, il faut l'enlever, lors même que l'on n'est pas sûr de la cause de l'infection. Si la fièvre persiste après que les symptômes inflammatoires *aigus* auront disparu, on procédera à la mise à nu du sinus quelque légères que soient les altérations morbides trouvées dans la mastoïde. Leutert combat l'opinion de Jansen suivant lequel le thrombus du bulbe jugulaire peut avoir son origine directement dans la cavité tympanique voisine; il est d'avis que le thrombus se forme toujours dans un point où le pus ne peut trouver une issue, c'est-à-dire dans le sinus.

En ce qui concerne la ligature de la veine jugulaire, Leutert pense qu'elle doit être pratiquée dans chaque cas de thrombose sinusienne et précéder l'opération sur le sinus, car il est impossible de prédire à quel moment se produira la dissémination du thrombus. On liera la jugulaire aussi haut que possible excepté les cas où existent des indications que le thrombus s'étend au-delà de la veine faciale, on appliquera alors la ligature au-dessous. L'incision du sinus est préférable à la ponction, une hémorragie profuse peut nécessiter un ajournement de l'opération pour un ou deux jours.

M. Panse (Dresde) relate un cas fatal qui eût été pris pour une ostéo-phlébite, si un examen attentif n'avait fait découvrir un thrombus désagrégé dans le bulbe. M. Panse considère l'infection directe du bulbe par le tympan comme très probable.

M. Habermann (Gratz) cite un cas, décrit par lui dans le *Handbuch für Ohrenheilkunde,* où, malgré une large perforation du tympan, le bulbe jugulaire a été trouvé malade.

M. Denker (Hagen) mentionne un cas d'otite grippale, où la fièvre et des douleurs dans plusieurs articulations se sont déclarées le dix-septième jour après l'apparition de l'otorrhée. La fièvre a disparu après l'incision de plusieurs abcès métastatiques dans les épaules et les doigts.

M. Hoffmann (Dresde) dit que dans son cas, dont parle Jansen, le diagnostic de thrombo-phlébite a été fait à temps, mais que la ligature n'a pas été appliquée à cause de symptômes alarmants survenus pendant la narcose.

M. Alt (Vienne) est de l'avis de Jansen, que la portion liée de la jugulaire doit être excisée; il rappelle un cas où l'infection secondaire de la veine jugulaire fut suivie de la formation d'un abcès périjugulaire.

M. Scheibe (Munich) ne met point en doute la possibilité d'une thrombose isolée du bulbe jugulaire survenant au cours d'une otite moyenne aiguë et particulièrement dans l'otite grippale; le bacille de l'influenza est très apte à atteindre les vaisseaux sanguins et à occasionner de la nécrose. Scheibe relate un cas de thrombose bulbaire récemment observé par lui.

M. Von Wild (Frankfurt-s/M.) croit que les orateurs ont exagéré l'importance de la thrombose sinusienne en tant que cause principale de la pyohémie otogène. Il serait, d'après lui, plus exact de parler d'une infection otogène du sang comprenant la bactérémie, la toxémie et la pyohémie. Contrairement à l'opinion de Leutert, qui identifie la thrombose sinusienne avec la pyohémie, Von Wild ne doute point que la pyohémie ne puisse se développer sans thrombose, analogue au développement de la septicémie des amygdales; d'ailleurs, il est impossible de produire expérimentalement une pyohémie par infection de bacilles. La pyohémie otogène peut donc s'expliquer par l'absorption directe du pus de l'oreille, spécialement dans les cas où les symptômes pyohémiques apparaissent de bonne heure. C'est pourquoi, en cas d'opération précoce, l'évacuation du foyer primitif suffira; si, malgré cela, l'infection fait du progrès, il sera toujours temps d'intervenir sur le sinus.

M. Preysing (Leipzig) ne pense pas que la thrombose bulbaire

soit aussi rare que le prétend Leutert, mais il croit qu'en raison de sa situation, cette complication est souvent méconnue. L'argument de Leutert en faveur de la ligature première devant précéder l'opération sur le sinus afin d'éviter une suppuration du moignon jugulaire, comme cela lui est arrivé dans un cas, ne lui paraît pas bien fondé, car dans la plupart des cas de thrombose sinusienne, c'est justement la ligature qui amène l'infection du moignon. Leutert va trop loin en déclarant que l'élévation de la température au delà d'une certaine limite est une preuve manifeste de la présence d'une thrombose sinusienne. D'autre part, Leutert concède lui-même qu'il peut y avoir des thromboses sinusiennes sans fièvre. Preysing distingue trois formes de thrombus: 1° Le thrombus organisé, solide, souvent apyrétique. Ici la ligature de la jugulaire ne saurait se justifier; 2° le thrombus désagrégé dans le centre et solide aux deux bouts. Dans cette forme on doit observer, avant de lier, une expectation prudente, à moins que la fièvre ne continue ou ne recommence après l'opération sur le sinus; 3° le thrombus s'étendant presque dans la veine jugulaire. Ici la ligature est indiquée et doit précéder l'intervention sur le sinus. Preysing lie la jugulaire à la partie moyenne du cou, là où les chirurgiens lient la carotide.

MM. Ehrenfried, Schwabach, Wallisek et Deutschlander rapportent des cas.

M. Jansen dit qu'il est heureux de constater que la divergence d'opinion sur cette importante question actuellement en discussion tend à disparaître. Il convient avec Leutert que les cas à haute température continue sont particulièrement graves, mais dans ces cas-ci il est difficile d'exclure la méningite. Qu'un traumatisme du sinus n'est pas sans danger, Jansen en a acquis la preuve dans un de ses cas personnels, où un pareil traumatisme fait sur le sinus sain a été suivi d'une pyohémie fatale. Tandis que Leutert plaide en faveur de la ligature dans chaque cas et de l'ablation de tout trombus, M. Jansen pense qu'il est d'abord nécessaire d'acquérir la preuve qu'il s'agit d'un thrombus infecté, car des thromboses peuvent se développer sans immigration de microorganismes. Il ne faut jamais perdre de vue le grand principe de chirurgie, à savoir: ne rien faire qui ne soit nécessaire. Si un thrombus solide n'est pas accompagné de fièvre, une opération n'est pas indiquée; de tels cas guérissent sans intervention sur le sinus. Mais là où il diffère d'opinion avec Leutert, c'est lorsque celui-ci dit que tous les thrombus du bulbe prennent naissance dans le sinus. Le bulbe est fréquemment séparé du tympan par une paroi osseuse extrêmement mince, et des cas avec gravitations n'y sont point rares. Jansen n'est pas

disposé à abandonner la ponction exploratrice; il n'est pas du tout convaincu qu'on puisse s'en dispenser et conteste qu'elle donne lieu à des erreurs de diagnostic. En ce qui concerne la technique de la ligature, il accepte les principes formulés par Preysing.

M. Brieger dit que Leutert pourra difficilement persister dans son opposition absolue à la pyohémie otogène sans thrombose. Des cocci peuvent entrer dans la circulation par l'orelle aussi bien que par d'autres parties du corps. Ceci a été confirmé par l'expérimentation. Les deux cas mentionnés par Brieger dans son rapport seront relatés en détail. Dans certaines circonstances, le diagnostic est très difficile; nos connaissances des symptômes cliniques et de leur signification ne sont pas parfaites, et sur ce point la bactériologie ne peut nous être d'aucun secours. Brieger considère la pratique préconisée par Leutert comme nuisible; elle exige de fréquentes et inutiles expositions du sinus qui ne sont jamais sans dangers. Que la ligature de la jugulaire puisse faciliter le progrès de la thrombose, cela est démontré d'une façon frappante par des observations de la clientèle de Brieger, observations qui ont la valeur d'expériences physiologiques. Dans un cas, la veine jugulaire a été trouvée saine. Au moment de la ligature, et, à l'autopsie, quarante-huit heures après, toute la veine était occupée par un thrombus. Il n'est pas possible de produire une thrombose par une incision du sinus, mais l'introduction d'un tampon dans le sinus amène invariablement une thrombose.

M. Deutschlander (Breslau). — **Démonstration d'un cas d'otite moyenne suppurée compliquée d'un abcès parotidien, d'un abcès extra-dural sur le sinus transverse et le bulbe de la veine jugulaire et d'un abcès plongeant dans l'articulation atlanto-occipitale** *(Vorstellung eines kranken mit Mittelohreiterung deren Komplikationen (Parotis abscess, extraduraler abscess am sinus transversus und Bulbus venae jugularis, Senkungabscess im das Atlantoocipitalgelenk) durch mehrfache, tiefgehende chirurgische Eingriffe beseitigt werden).*

Quelque temps après une cure radicale, le malade de l'auteur présenta des symptômes d'une inflammation du labyrinthe. Comme l'oreille continuait à couler, M. Deutschländer mit à nu le sinus et trouva un abcès périsinusien. Toute l'apophyse mastoïde a été enlevée avec exposition du facial. La pression sur la région jugulaire infiltrée fit sourdre du pus dans la plaie; le pus paraissait venir du bulbe jugulaire.

Afin d'évacuer complètement l'abcès, l'auteur pénétra profondément dans la fosse ptérygo-maxillaire et atteignit la colonne vertébrale après avoir enlevé une portion de l'occipital.

M. Berthold (Kœnigsberg). — **Démonstration d'un appareil pour vaporisations intra-nasales** *(Demonstration eines Dampfapparats für intranasale Vaporisation).*

Avec cet appareil (fabriqué par Hahn et Lochel, de Dantzig) on peut obtenir des températures dépassant 100 degrés centigrades. Son application produit une exsudation fibrineuse de la muqueuse et il s'en forme une nouvelle à la place de la muqueuse détruite.

M. Scheibe. — **Démonstration d'un bistouri pour l'ablation de brides latérales dans le pharynx** *(Demonstration eines Messers zur Abtragung der lateral Strange im Rachen).*

L'instrument se compose d'un long manche auquel est adaptée une courte lame mesurant un centimètre et demi de long ; le bistouri est légèrement recourbé et a une pointe boutonnée. Pour enlever des brides, un aide déprime la langue, tandis que l'opérateur saisit la bride avec des pinces et sectionne de haut en bas. Deux bistouris sont nécessaires, un pour le côté gauche, l'autre pour le droit.

M. Kayser. — **Présentation d'un calcul amygdalien extraordinairement gros** *(Demonstration eines mandelsteines).*

La concrétion a été enlevée sur un enfant de douze ans, et mesurait 35 millimètres de long, 28 millimètres de large et 16 millimètres d'épaisseur. En dehors d'une légère gêne à la déglutition, le malade ne présentait aucun autre symptôme.

M. Kayser. — **Présentation d'un malade atteint d'une ulcération tuberculeuse du conduit auditif.** *(Krankenvorstellung tuberkulöser Hautgeschwür im Gehorgang).*

L'ulcération siégeait à l'union du conduit cartilagineux et osseux ; ses bords étaient épaissis et fongueux. L'examen bactériologique a révélé, dans la sécrétion, la présence de bacilles de Koch. Le malade, âgé de vingt ans, était atteint,

depuis l'enfance, d'une otite moyenne suppurée chronique droite avec destruction complète du tympan. Ce cas est intéressant en raison de la rareté d'ulcérations tuberculeuses du conduit.

M. Brieger. — 1° Tuberculose primitive du temporal avec pachyméningite tuberculeuse. Présentation du malade *(Primäre Tuberkulose des Shläfenbeins mit Pachymeningitis tuberkulosa. Krankenvorstellung).*

L'affection débute par des douleurs dans la région de l'oreille suivies de près d'une paralysie faciale complète. Écoulement séreux après paracentèse. Guérison au bout de peu de temps. Quelques mois plus tard, mastoïdite aiguë. Opération. L'antre et les cellules mastoïdiennes sont remplies de fongosités et de matières caséeuses; les granulations s'étendent sans interruption jusque sur la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure qui communique largement avec la cavité antrale. La paroi postérieure du conduit est perforée par un gros polype.

L'examen microscopique des granulations et du polype a montré les éléments caractéristiques de la tuberculose : cellules géantes et épithélioïdes et de nombreux tubercules en voie de dégénérescence caséeuse. L'oreille a guéri, mais le conduit est resté légèrement atrésié.

2° Démonstration d'une préparation anatomique d'un cas de surdité chez une enfant datant d'un an. Tuberculose de l'oreille moyenne *(Demonstration der Präparate eines vor etwa Jahresfrist artaubten Kindes. Mittelohrtuberkulose).*

La malade a été atteinte d'une otite moyenne suppurée aiguë très grave. Quelques jours après son début, explosion de phénomènes cérébraux qui disparurent, laissant l'enfant complètement sourde. A l'admission à l'hôpital, environ un an plus tard, il y avait encore à droite une otorrhée chronique avec fongosités dans la caisse; oreille gauche normale. Peu de temps après la petite malade a succombé à une méningite tuberculeuse. L'examen microscopique montra une destruction complète du labyrinthe par du tissu osseux de nouvelle formation et du tissu cicatriciel qui comblaient la cavité labyrinthique. Dans la muqueuse de la paroi labyrinthique de l'oreille droite on trouva des tubercules typiques.

M. Goerke (Breslau). — **Démonstrations de préparations microscopiques : 1° Tumeurs du nerf auditif** *(Acusticus-tumoren)*.

Deux cas de fibro-sarcome du nerf auditif avec atrophie des fibres nerveuses des ganglions dans le canal spiral et de l'organe de Corti.

2° Examen histologique de polypes de l'oreille *(Ohrpolypen)*.

M. Kümmel (Breslau), dit que ce que M. Goerke a montré sur une de ses coupes comme des glandes n'est autre chose que des dépressions de l'épithélium. L'existence des glandes dans le tympan est tout à fait douteuse.

M. Goerke répond que des glandes ont été trouvées dans le tympan par Tweltsch, Wendt, Krause, Politzer et d'autres. Il considère la présence de glandes dans ses préparations comme indiscutable.

M. Habermann demande si l'auteur a constaté dans son cas une hyperplasie des follicules lymphatiques.

M. Goerke dit, en réponse, que dans son cas il ne s'agit pas de lymphomatose généralisée, les polypes provenaient de cette partie de l'attique où Krause et Nassiloff ont trouvé des follicules lymphatiques dans la muqueuse normale.

M. Biehl. — **De l'origine et du trajet du nerf vestibulaire** *(Der Verlauf des Vorhofnerven im Stirnstamme)*.

Les expériences de l'auteur ont porté sur des chevaux et des moutons, parce que chez ces animaux le nerf vestibulaire est entièrement séparé du nerf cochléaire. Plus tard, M. Biehl restreignit ses expériences aux moutons, car les chevaux ne survivaient pas assez longtemps à l'opération. Après avoir ouvert la partie correspondante du crâne, il mettait à nu le lobe occipital et l'enlevait. L'hémorragie était rapidement arrêtée par un tamponnement. L'irritation mécanique du nerf vestibulaire provoquait du nystagmus et des mouvements giratoires. On divisait ensuite le nerf. Les animaux, qui se rétablissaient toujours rapidement de l'opération, présentaient alors des troubles prononcés de l'équilibre. Sur des coupes du cerveau enlevé, M. Biehl a pu suivre le trajet du nerf dès son origine jusqu'à son point d'émergence.

M. Bönnighaus (Breslau). — **De l'anatomie et de la physiologie de l'oreille de la baleine** *(Zur Anatomie und Physiologie des Valohres).*

L'embryologie nous apprend que les ancêtres de la baleine étaient des animaux terrestres. C'est pourquoi il a paru à l'auteur intéressant de rechercher les modifications subies par la baleine dans le cours du temps par son adaptation à l'existence aquatique. Bönnighaus a examiné l'oreille de *Phoçaena Communis* sur sept individus, dont un embryon.

Il résulte de ces recherches que seule l'oreille interne a conservé son ancienne fonction physiologique. L'oreille externe est tout à fait rudimentaire; l'oreille moyenne a subi des modifications fonctionnelles intéressantes : elle sert en partie de réservoir au sang veineux et en partie à soulager le poids du corps par la formation de nombreuses cavités aériennes.

M. Denker (Hagen). — **L'oreille des monotrèmes au point de vue phylogénétique** *(Das Monotremenohr in phylogenetischer Beziehung).*

Os. — Contrairement à l'affirmation de Sixtra, Denker a trouvé que les monotrèmes n'ont pas d'os quadratum; il a également constaté que la fenêtre ovale est entièrement enveloppée par l'os pétreux, tandis que Sixtra place l'orifice vestibulaire dans la suture des os otq-sphénoïdal et pleuro-occipital. Denker est également en contradiction avec le même auteur, qui affirme que les monotrèmes ont le même labyrinthe osseux que les sauriens. Il n'a point trouvé de sutures dans le labyrinthe osseux et croit que celui-ci est entouré d'un seul os, l'os pétreux.

Le *limaçon* est analogue à celui des sauriens et est moins enroulé que chez un mammifère quelconque. Cependant, la présence des piliers et du canal de Corti rappelle le limaçon des mammifères. Denker a trouvé une lamina spiralis seulement chez les échidnés, mais pas chez les ornithorhynques.

Oreille externe. — Les deux ordres représentant la classe des monotrèmes n'ont pas de conduit osseux, mais ils possèdent un pavillon, sous une forme des plus rudimentaires, ce qui indique le même développement de l'oreille externe que chez les mammifères (les sauriens n'ont pas d'oreille externe). La

membrane du tympan est constituée par trois couches et divisée en portion tendue et portion flaccide; chez les échidnés, cette dernière est composée d'éléments musculaires. La membrane est encadrée dans un anneau tympanique qui est lui-même fixé à l'os pétreux par du tissu connectif. Il existe trois *osselets* qui, par leurs forme et connexions, rappellent ceux des sauriens. Le marteau et l'enclume sont si solidement attachés l'un à l'autre par une synchondrose qu'ils agissent comme une seule pièce. La place de l'étrier est occupée par une columelle fixée dans l'orifice vestibulaire par du tissu connectif ou cartilagineux. La caisse du tympan est représentée chez les échidnés par une rainure peu profonde (fosse tympanique); chez les ornithorhynques, le cadre osseux de la paroi médiane de la caisse manque. Les monotrèmes n'ont pas de muscle de l'étrier, mais ils possèdent un muscle tenseur du tympan qui existe exclusivement chez les mammifères.

Trompe d'Eustache. — Tandis que chez les ornithorhynques il existe une large communication entre le pharynx et la caisse, chez les échidnés la trompe est représentée par un tube cartilagino-membraneux qui se dirige de la partie postérieure de la cavité tympanique en dedans, vers le pharynx. Cette conformation est sans doute due au genre de vie de ces animaux qui, en vertu de la loi de l'adaptation, a produit un allongement du palais et un déplacement du naso-pharynx en arrière. On ne trouve de crête vestibulaire que chez les échidnés; eux seuls possèdent un conduit auditif interne; les ornithorhynques n'ont qu'une fosse auditive peu profonde. En résumé, l'organe de l'ouïe des monotrèmes a quelque ressemblance avec l'oreille des sauriens, mais se rapproche davantage de l'oreille des mammifères.

M. Panse (Dresde-Neustadt). — **Où se produit le vertige?** *(Wo entsteht der Schwindel?)*

L'auteur décrit les diverses voies sensorielles qui nous permettent de nous orienter dans l'espace et explique la façon dont se font les illusions sur cette notion et la sensation du vertige.

M. Berthold relate le cas d'un homme qui, en marchant dans la rue, exécutait, après tous les trois ou quatre pas, un mouvement

tournant en virant deux ou trois fois autour de son axe. Ce symptôme, prétendait le malade, a apparu après une opération.

M. Thost (Hambourg). — Le phénomène *vertige* a été le sujet d'une discussion au Congrès des médecins et des naturalistes allemands, tenu à Hambourg en 1901.

M. Habermann (Gratz). — **De la pathogénie de la surdi-mutité** *(Zur Entstehung der Laubstummheit).*

L'auteur communique les résultats de ses recherches sur l'organe auditif de deux sourds-muets. Dans le premier, il s'agissait d'un jeune homme de treize ans, sourd-muet dès sa naissance, mort de tuberculose pulmonaire et osseuse à laquelle vint s'ajouter, peu avant la mort, une tuberculose de l'oreille moyenne du côté gauche. A l'autopsie, on trouva le cerveau normal, de même l'oreille interne et le nerf auditif ne présentaient point d'altérations histologiques. Le tympan gauche montrait une perforation et des dépôts calcaires; le droit portait des traces d'une otite moyenne suppurée. Ankylose de l'étrier par surproduction de tissu connectif et hyperostose de l'os; fenêtre ronde fermée par du tissu osseux. Tête du marteau et enclume fixés à la paroi latérale de l'attique par du tissu connectif. La surdité dans ce cas était due, selon l'auteur, à l'ankylose de l'étrier et à l'occlusion de la fenêtre ronde. Dans le second cas, la malade, âgée de trente-huit ans et morte du mal de Bright, entendait encore de l'oreille droite la voix parlée à $1^m 20$ et la voix chuchotée à 5 centimètres; du côté gauche, la surdité était presque complète. A l'autopsie on trouva la fenêtre ronde fermée par une hyperostose, tandis que la fenêtre ovale était intacte.

M. Scheibe (Munich). — **Ostéite de la capsule labyrinthique** *(Ostitis der Labyrinthkapsel).*

Dans l'ostéite de la capsule labyrinthique, qui constitue la base pathologique principale de la sclérose, il n'existe, comme le croit Scheibe avec Politzer et Siebenmann, aucune lésion matérielle de la muqueuse, excepté dans de petits points isolés correspondant aux foyers d'ostéite. Cependant Habermann pense que, dans tous les cas, la muqueuse est primitivement enflam-

mée et qu'elle redevient ensuite normale. Un des cas de Scheibe a trait à un jeune homme de vingt-sept ans atteint de suppuration chronique, de perforation de la membrane de Shrapnell et de cholestéatome. Une vingtaine de jours avant la mort, il devint complètement sourd de l'oreille malade. A l'autopsie on trouva une inflammation intense du limaçon et une fistule du canal semi-circulaire horizontal. Le tympan montrait des signes d'une inflammation chronique. Examen microscopique de l'os : tissu osseux de nouvelle formation dans le voisinage du canal demi-circulaire horizontal, sur le canal de Fallope et de l'étrier. Dans la capsule labyrinthique, juste au-dessus de la fenêtre ovale, foyer d'ostéite du volume d'une tête d'épingle. La surface de la néoformation osseuse présente des érosions lacunaires; la couche cartilagineuse de la fenêtre ovale est entièrement disparue. Deux processus différents ont apparemment eu lieu en même temps : premièrement, une solidification d'os par accroissement du tissu osseux dans les interstices diploïques, et secondement, une hyperplasie du tissu spongieux aux dépens de l'os. Ce dernier processus a été nommé, par Siebenmann, *raréfaction* (Spongiosierung) de la capsule labyrinthique; il est surtout actif, selon cet auteur, autour de la fenêtre ovale. Habermann a trouvé des lésions analogues dans des suppurations chroniques et les considère comme une conséquence des otites moyennes. Dans quelques-uns de ces cas où la surdité avait augmenté après la disparition de la suppuration, la diminution progressive de l'ouïe était due à une raréfaction qui a pu amener une ankylose de l'étrier.

Dans le second cas de Scheibe, il s'agissait d'une otite scarlatineuse avec traces d'otite interne. Ici aussi, on constata une raréfaction de la capsule labyrinthique. Sur le promontoire, au-dessous de la fenêtre ovale, foyer avec des espaces médullaires dilatés. L'ostéite a été probablement occasionnée par l'otite interne. Les cas de Scheibe confirment la thèse de Habermann que la même affection de l'os, comme dans la sclérose de l'oreille moyenne, peut se rencontrer dans les otites moyennes chroniques et peut-être même dans l'otite interne.

M. HABERMANN est heureux de voir que les résultats de ses recherches d'il y a dix ans sont confirmés par Scheibe. Il mentionne un cas où il a trouvé les mêmes lésions que Scheibe. Selon lui, le processus dans l'os (ostéite chronique) a pour origine une inflammation de la membrane du tympan. Les foyers d'ostéite sont presque toujours localisés dans le voisinage des fenêtres; une rare localisation est celle dans le conduit auditif interne. Il n'a jamais trouvé de foyers isolés sur les canaux semi-circulaires. Scheibe ne croit pas que dans la sclérose l'ostéite soit toujours occasionnée par une inflammation de la membrane muqueuse. La fréquence de cas de sclérose bilatérale rend cette hypothèse improbable.

M. PANSE croit qu'on doit tenir compte de l'élément constitutionnel. La raréfaction de l'os est analogue aux altérations de l'ostéomalacie après la parturition. Il mentionne les rapports de la puerpéralité et de la sclérose.

M. HABERMANN insiste sur ce que l'origine de l'affection est dans la muqueuse, qui montre toujours des lésions histologiques lors même que l'inflammation ne peut être reconnue cliniquement.

M. GOERCKE. — **De la carie des osselets** *(Ueber Caries der Gehörknöchelchen).*

L'anatomie pathologique de la carie des osselets a été étudiée jusqu'à présent presque exclusivement sur des pièces provenant d'opérations. Il va sans dire qu'une étude sur de telles pièces ne pouvait jeter une lumière suffisante sur la pathologie de la carie ossiculaire. Au moment de l'opération, cette dernière est ordinairement trop avancée, et l'importante phase initiale est ainsi rarement observée. Le développement du processus cariotique peut être étudié avec plus de profit sur des pièces d'autopsie.

Goercke a donc examiné un grand nombre d'osselets de cette provenance. Les osselets étaient d'abord examinés au stéréomicroscope dans une solution saline normale. Dans des cas de lésions visibles, on les photographiait et préparait ensuite pour l'examen microscopique.

La carie des osselets débute ordinairement par une périostite; mais Goercke a montré de nombreux spécimens où dans des otites moyennes graves la moelle osseuse avait été primitivement atteinte, le périoste étant indemne de toute lésion. Le

plus souvent, l'inflammation se propage du périoste par les canaux de Haver dans la moelle; d'autres fois, et ce sont les cas les moins fréquents, une ostéite primitive se développe et s'étend par les mêmes canaux à la surface. Les cas de carie ayant guéri spontanément sont relativement nombreux. Le résultat ultime de cette guérison varie considérablement; tantôt c'est une rainure peu profonde revêtue d'une muqueuse à peu près normale, tantôt c'est une perte de substance comblée de tissu cicatriciel; d'autres fois, le périoste devient le siège d'une régénération osseuse, et l'on voit se former une exostose ou une hyperostose. Si le même processus a lieu sur les parois tympaniques, il peut en résulter une adhérence osseuse des osselets. Le foyer médullaire peut aussi guérir spontanément par la formation de tissu cicatriciel ou osseux, ce dernier a pour résultat une éburnation partielle ou totale de l'os. Quant à la question de la localisation de la carie, les recherches de Goercke confirment l'opinion généralement acceptée que l'apophyse longue de l'enclume est le plus fréquemment atteinte, le marteau moins souvent que l'enclume; mais dans plusieurs cas ce sont les parties qu'on suppose être rarement lésées qu'on trouve seules atteintes à l'exclusion des autres, telles le col du marteau, les surfaces articulaires, le corps de l'enclume; l'image otoscopique ne donne pas toujours de renseignements exacts sur la localisation de l'affection. La perforation au pôle supérieur qui, croyait-on, indiquait une carie du marteau et de l'enclume, Goercke l'a constatée dans des cas où les osselets étaient intacts; d'autre part, il a observé des cas de carie avancée des osselets où la perforation siégeait à la partie inférieure du tympan, voire même était intacte. Un fait paraît constant : une carie des parois osseuses de la caisse, en quelque lieu qu'elle siège, sur le tegmen ou sur la paroi attique latérale, sur le promontoire ou sur la partie postérieure du conduit, est invariablement accompagnée d'une carie des osselets.

Démonstration de coupes microscopiques, de préparations macroscopiques et de microphotographies stéréoscopiques.

M. KRETSCHMANN demande si des localisations rares de carie coïncident avec des lésions tuberculeuses.

M. Ehrnfried pense que la guérison spontanée de carie justifie l'emploi du traitement conservateur.

M. Gœrcke répond que dans le cas de localisation rare de la carie des osselets, la tuberculose, quoique soupçonnée nombre de fois, n'a été constatée que dans bien peu de cas. Bien que la possibilité d'une guérison spontanée doive justifier un essai de traitement conservateur, en pratique on ne saurait se fier beaucoup à ce mode de traitement.

M. Deutschlander (Breslau). — **Démonstration de quatre cas de rhinosclérome** *(Vorstellung von vier Fallen von Rhinosclerom).*

M. Alinsberg (Breslau). — **Du mode d'infection dans la méningite consécutive à l'empyème du sinus frontal** *(Ueber den Infektionsmechanismus bei Meningitis nach Stirnhöhleneiterung).*

Le mécanisme d'infection dans les empyèmes aigus du sinus frontal n'est pas le même que dans les suppurations chroniques. Dans la plupart des cas d'empyèmes chroniques compliqués d'un processus intra-cranien on trouve soit à l'autopsie, soit au cours de l'opération, des lésions manifestes de la paroi cérébrale du sinus; ici les méninges affectent des rapports directs avec la suppuration, et le processus infectieux se comprend parfaitement. On conçoit moins bien les rapports dans le petit nombre de cas de suppurations chroniques et dans la plupart des cas d'empyème aigu, où l'on ne trouve point macroscopiquement de lésions osseuses. On admet que dans ces cas l'infection se fait par les *vasa perforantia*, c'est-à-dire par les vaisseaux qui, partis de la muqueuse sinusienne, perforent l'os et se rendent directement dans la dure-mère. C'est d'ailleurs la seule explication plausible, mais jusqu'à présent elle n'a pas encore été démontrée. Dans le cas de l'auteur, qui est très démonstratif, on peut suivre la marche de l'infection sur les préparations microscopiques, et la clinique y concorde parfaitement avec les résultats de l'autopsie.

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans traité pour un empyème des deux sinus maxillaires et frontaux. Lavages des sinus par les voies naturelles après ablation de polypes et de parties hypertrophiées de la muqueuse. Quoiqu'il n'y ait eu ni fièvre,

ni nausées, ni ralentissement du pouls, mais en raison de la persistance de violentes céphalées frontales du côté droit, on ouvrit le sinus frontal du côté correspondant. Celui-ci était divisé par une cloison et rempli de pus. La paroi orbitaire nécrosée fut enlevée; la paroi cérébrale était intacte. Dans la nuit le malade fut pris d'agitation et de phénomènes convulsifs et mourut au bout de trente-six heures.

Autopsie. — Méningite purulente diffuse, surtout du côté droit. La dure-mère correspondant au sinus frontal était recouverte d'un épais exsudat fibrineux, la cloison osseuse amincie, mais indemne de toute lésion macroscopique. Une inspection attentive de la dure-mère révéla quelques petites nodosités en arrière du sinus. L'examen microscopique de l'os a fait constater la présence de nombreux vaisseaux perforés, et dans beaucoup d'entre eux d'anciens thrombus partiellement organisés, mais ne contenant point de microbes.

Les foyers dans la dure-mère étaient constitués par des conglomérats encapsulés de cellules rondes avec de nombreux microorganismes. Dans tous ces points la dure-mère était considérablement épaissie.

M. HABERMANN mentionne un cas où, ainsi que l'a démontré l'autopsie, un abcès embolique du côté droit du cerveau a eu une périty phlite pour origine. L'abcès s'est vidé d'abord dans le sinus frontal droit et ensuite dans le gauche, donnant ainsi naissance à un empyème du sinus frontal gauche.

M. MANN (Dresde). — **Mucocèle des cellules ethmoïdales droites** *(Mucocele des Rechtensibbeines).*

Homme, âgé de trente-neuf ans, a reçu dans l'enfance un violent traumatisme sur la tête. Infection syphilitique à vingt ans. En avril 1899 le malade nota une saillie du globe oculaire droit et une diminution de la vision du même côté. Fond de l'œil d'abord normal, mais bientôt survint une névrite optique et la vision tomba à un quart. Au mois d'avril 1901, M. Mann trouva le globe oculaire droit fortement exorbité et dans l'angle interne de l'œil une tumeur du volume d'une cerise, de consistance élastique, occupant environ le tiers interne de l'orbite.

A l'examen rhinoscopique antérieur on trouva une hyper-

hémie de la muqueuse des fosses nasales et une hypertrophie des deux cornets inférieurs. La rhinoscopie médiane avec le spéculum de Killian permit de constater que la région ethmoïdale droite était fortement repoussée en avant et en bas. La muqueuse, beaucoup moins rouge ici, était, dans un point correspondant au milieu du cornet moyen, complètement blanche. Après avoir perforé à l'aide d'une sonde la lame papyracée et agrandi l'ouverture avec une pince de Hartmann, on vit aussitôt sourdre par l'orifice un liquide sirupeux, couleur chocolat. L'examen microscopique y décela la présence de nombreux cristaux de cholestérine, mais pas de microbes. Pendant l'opération, le globe oculaire s'enfonça profondément dans l'orbite, mais au bout de quelques jours il revint dans sa position normale. La névrite optique a disparu et la vision redevint normale. Cette affection est rare, il n'existe, paraît-il, dans la science que 8 cas analogues. Mann insiste sur la nécessité d'un examen attentif des fosses nasales dans tous les cas de tumeurs orbitaires.

M. Wertheim (Breslau). — **Présentation d'un malade atteint d'un empyème chronique double du sinus frontal** *(Demonstration eines Falles von doppelseitigen chronischem Stirnhöhlenempyem).*

Malade âgé de vingt-cinq ans, atteint depuis 1898 d'une suppuration des cavités accessoires. En janvier, ouverture de l'antre et du sinus frontal gauches. Cinq mois après, réouverture des deux cavités. Le sinus frontal droit a été également ouvert, mais on n'y trouva pas de pus. A l'époque où le malade vint consulter l'auteur, il se plaignait de violentes céphalées droites qui disparurent après l'ablation d'une hypertrophie antérieure du cornet moyen droit; il n'y avait pas de pus dans les fosses nasales. En décembre 1900 cure radicale du sinus frontal gauche; cellules ethmoïdales intactes. Cinq mois plus tard, après une attaque de grippe, sinusite aiguë maxillaire et frontale droites. A l'ouverture de l'antre, on en trouva dans la muqueuse malade. Fin avril, ouverture par le nez des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal du côté droit. Disparition des symptômes. A présent, le sinus frontal

gauche est oblitéré, à l'exception de son orifice; le droit présente une très légère sécrétion muqueuse. L'auteur se propose de fermer les deux sinus frontaux par le nez afin d'empêcher leur réinfection.

M. Ehrenfried (Berlin). — **Du traitement conservateur et chirurgical des suppurations de l'oreille moyenne** *(Ueber konservative und operative Behandlung der Mittelohreiterungen)*.

L'auteur se pose en défenseur ardent du traitement médical des suppurations de l'oreille moyenne. Son procédé consiste principalement à nettoyer l'oreille et à faire des instillations d'une solution de lysol suivies d'aspirations à l'aide d'une poire en caoutchouc. Le traitement est continué jusqu'à la disparition de la suppuration.

M. Preysing dit que le travail de M. Ehrenfried est sujet à critique. Il est à regretter que l'auteur ignore ou qu'il n'ait réussi à obtenir les brillants résultats qu'a donnés jusqu'à présent le traitement chirurgical des suppurations chroniques de l'oreille moyenne.

Trivas.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Sur l'uranostaphylorraphie, par le Dr Girard, de Berne.

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer soixante-neuf fois cette opération et n'a déploré qu'une seule mort imputable à l'opération et survenue trois jours après.

Il est d'avis qu'on doit intervenir à bonne heure, avant que l'enfant commence à parler, c'est-à-dire avant dix-huit mois ou deux ans.

Les petits malades qu'il a opérés à cet âge ont tous guéri; leur phonation est excellente, ce qui s'explique par ce que ces enfants n'avaient pas appris à se servir de coordinations anormales dans l'emploi des différents muscles servant à la phonation et à l'articulation.

M. Girard ne pense pas que l'opération précoce entraîne

à sa suite un défaut de développement du maxillaire supérieur. Le succès, à son avis, dépend beaucoup plus de l'état des deux lambeaux du voile palatin, de leur degré de développement que de l'âge lors de l'opération et même de la technique employée.

Si le voile est rudimentaire, comme on l'observe fréquemment, on sait trop bien que, malgré la parfaite réunion de la fissure, l'occlusion du naso-pharynx, nécessaire pour certains sons, ne pourra se faire et le résultat phonétique sera incomplet.

A l'encontre d'Ehrmann et Wolff, M. Girard opère toujours ses malades en une seule séance. Il les place dans une sorte de position de Rose mitigée qui lui permet d'opérer par devant. Un aide enlève rapidement et fréquemment, au moyen de petites éponges aseptiques montées sur pinces, le sang qui s'écoule dans le pharynx.

L'auteur emploie toujours l'anesthésie chloroformique sans la pousser trop loin. Il commence son avivement par l'extrémité de la luette pour aller de là vers la voûte palatine. Ceci fait, il pratique ses incisions latérales et détache ses lambeaux; il s'étend en arrière aussi loin que possible, jusque sur le maxillaire inférieur.

Après libération des lambeaux et hémostase obtenue au moyen de la compression prolongée, M. Girard fait ses sutures en se servant généralement d'un surjet à la soie et en commençant par la luette. Il a, au préalable, mis des points de suture au catgut, pour réunir la muqueuse supérieure du voile.

Dans les cas difficiles, il emploie au besoin des points séparés avec suture de soutien au fil d'argent.

Il enlève ses fils cinq à six jours après l'opération. (*Comptes rendus du XIV^e^ Congrès de chir.*, Paris, 1901.)

Dr BRINDEL.

Rétrécissements cicatriciels du pharynx, par le Dr MORESTIN.

L'auteur a observé deux cas de ce genre. Le premier a trait à une sténose par lésions syphilitiques anciennes;

le fond de la gorge, rempli de brides cicatricielles, était absolument déformé; il n'existait plus de piliers et les fosses nasales ne communiquaient plus avec le pharynx que par un étroit conduit; il se produisit une crise de pseudo-asphyxie en rapport avec les altérations de l'épiglotte, laquelle formait une sorte de bourgeon surmontant l'orifice supérieur du larynx. Comme il n'y avait pas d'autre trouble fonctionnel, l'auteur s'est borné à sectionner ce bourgeon.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un rétrécissement bucco-pharyngé complet typique, dû également à des lésions de syphilis tertiaire. A l'ouverture de la bouche, on distinguait une sorte de membrane tendue entre le pharynx et la base de la langue et présentant à sa partie inférieure un orifice qui admettait le bout de l'index. En raison de la gêne de la respiration et de la déglutition, M. Morestin pratiqua deux débridements latéraux; à mesure qu'il sectionnait la membrane, il sutura au fil d'argent les deux surfaces muqueuses antérieure et postérieure; la réunion immédiate se fit dans presque toute l'étendue des deux débridements, et le résultat a été excellent. (Société de chir., nov. 1901, *in Semaine méd.*, n° 49, nov. 1901.)

Dr F. ARDENNE.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Les rhino-pharyngiens à la clinique chirurgicale infantile de la Faculté de médecine, par le Dr Aristide MALHERBE.

L'auteur a eu l'occasion de voir 860 enfants, qui se sont présentés à la consultation dans l'espace d'un semestre. Sur ces 860 enfants, 670 étaient atteints d'affections du rhino-pharynx.

La classe de ceux qu'il appelle les rhino-pharyngiens peut se diviser en quatre types cliniques principaux qui sont : 1° le type à troubles respiratoires et nutritifs; 2° le type à troubles auriculaires; 3° le type à troubles adénopathiques; 4° enfin, le type à troubles réflexes, caractérisé par la forme laryngo-spasmodique.

Le toucher aseptique et non brutal est indispensable

chez l'enfant pour déterminer très exactement le siège des lésions. C'est ainsi que sur le total de 670 rhino-pharyngiens, on a pu faire rentrer 462 malades dans la forme lympho-adénoïdienne, 153 dans la forme salpingo-tympanique, 49 dans la forme ganglionnaire et 6 dans la forme laryngo-spasmodique seule.

Sur ce nombre, 245 enfants ont été traités chirurgicalement, soit plus du tiers.

169 fois on a pratiqué le curettage du naso-pharynx seul, 37 fois ce curettage accompagné de l'ablation des amygdales palatines, et trois fois l'amygdalotomie simple. Toutes ces opérations ont été faites avec l'anesthésie au chlorure d'éthyle.

Des complications du côté de l'oreille ont déterminé cinq fois l'évidement pétro-mastoïden.

En résumé, le curettage du naso-pharynx doit toujours être pratiqué chez l'enfant non seulement lorsqu'il existe une obstruction nasale par masses adénoïdiennes, mais encore lorsqu'on se trouve en présence de troubles, soit du côté des oreilles, soit du côté du larynx, soit du côté des ganglions. Tous les opérés ont largement bénéficié de l'intervention, qui a toujours eu lieu à l'aide de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle, dans la position de Rose et avec des instruments spécialement construits pour cet usage. (*Bull. méd.*, déc. 1901.)

Dr G. DUPOND.

NOUVELLES

— **Nominations.** — Le Dr Seymour Oppenheim est nommé laryngo-otologiste au Gouverneur Hospital, de New-York.

— Par arrêté en date du 1er janvier 1902, M. le Dr Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine. chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière, en remplacement de M. le Dr Gouguenheim, décédé.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 12. 22 MARS 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DU PEMPHIGUS AIGU BÉNIN
DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES[1]

Par le Dr **MONFORT**, médecin des Colonies.

Tous les auteurs qui ont bien étudié le pemphigus cutané aigu nous parlent de sa localisation aux muqueuses.

Gilibert (*Monographie du pemphigus ou Traité de la maladie vésiculaire,* Lyon, 1813) y insiste longuement, et il fait de l'éruption des muqueuses un de ses quatre grands symptômes caractéristiques de l'affection. Pour lui, ce signe est constant quoiqu'il puisse se présenter à des degrés variables, depuis la simple inflammation catarrhale jusqu'à l'éruption bulleuse, en tout semblable à l'éruption cutanée : « Il faut remarquer, » nous dit-il, « que les observations où il n'en est pas fait mention sont précisément les plus courtes et les plus dénuées de détails descriptifs. »

Devergie nous dit, sans plus insister, que le pemphigus aigu se propage aux muqueuses.

Saintorens (*Du pemphigus aigu*, Paris, 1867) est d'avis que les lésions muqueuses se développent en même temps que l'affection cutanée et suivent la même évolution, bien que se terminant toujours avant elle.

Dans l'étude très soignée que Nadet, de Lyon, fit, en 1880,

1. Travail reçu le 16 février 1902.

du pemphigus aigu, il mentionne cinq fois sur sept observations bien suivies des éruptions bulleuses, de nature séreuse ou hémorragique, survenues sur les diverses muqueuses de la bouche ou des organes génitaux externes du premier au septième jour de la maladie.

D'après Hillairet et Gaucher (*Traité des maladies de la peau,* 1885), le pemphigus dans sa forme aiguë et dans sa forme chronique peut se montrer sur les muqueuses en même temps que sur la peau.

La lésion des muqueuses accompagnant le pemphigus cutané est donc un fait banal. La plupart des auteurs nous la montrent comme débutant en même temps que l'éruption cutanée ou suivant celle-ci de très près.

Mais il est des cas où l'éruption bulleuse paraît sur les muqueuses avant de se montrer sur le revêtement cutané, le diagnostic pouvant rester douteux pendant quelques jours.

Gilibert cite, paragraphe 18, une observation empruntée à Dickson, où la lésion muqueuse précédant l'éruption cutanée est bien nette. La malade de Dickson, âgée de vingt-trois ans, présente pendant trois jours des phénomènes angineux légèrement fébriles. Une bulle volumineuse, à contenu séreux, est constatée le quatrième jour sur la muqueuse linguale, et une seconde bulle, de dimensions moindres, sur la face interne de la joue gauche. Le cinquième jour, se montre sur le corps une éruption de pemphigus qui évolue normalement et se termine en trois semaines, après deux ou trois poussées de bulles.

Cette observation est en tout semblable à celle que rapporte le Dr Mesnard dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux,* du 15 juillet 1891.

On pourrait donner à ces cas où l'éruption cutanée ne vient pas tout d'abord en aide au clinicien le nom de *pemphigus aigu primitif des muqueuses*.

On rencontre enfin sur la muqueuse buccale et sur les muqueuses voisines une éruption bulleuse à marche aiguë,

qui, par ses caractères cliniques, présente bien l'aspect de l'éruption constatée au cours du pemphigus généralisé, mais n'est pas suivie d'éruption cutanée, d'où le nom de *pemphigus aigu isolé des muqueuses* que nous proposons de lui donner.

L'attention des auteurs ne semble pas avoir été jusqu'ici attirée sur ces éruptions. Avec M. le Dr Moure, qui a une ou deux fois par an l'occasion de les observer dans sa clientèle, nous pensons que ces cas présentent des caractères suffisamment nets pour être distingués des autres éruptions que l'on peut rencontrer sur les membranes muqueuses.

Étiologie. — C'est une maladie de tous les âges. Il n'y a pas d'exemple de contagiosité. L'influence saisonnière ne paraît pas intervenir dans son apparition. Elle peut se voir aussi bien chez les individus bien portants que chez les personnes faibles et débilitées.

La fatigue et le surmenage semblent agir quelquefois comme cause occasionnelle.

On n'a relevé, dans les antécédents des malades, aucune espèce d'intoxication alimentaire, médicamenteuse ou professionnelle.

La malade qui fait l'objet de l'observation V était sujette aux éruptions herpétiques.

Symptomatologie. — Le pemphigus aigu des muqueuses a le plus souvent un début très brusque. Le malade se plaint d'avoir ressenti tout à coup à la gorge une vive douleur qu'il compare d'ordinaire à une brûlure : cette douleur étant surtout marquée dans les mouvements de déglutition de la salive.

Cet accident est survenu sans aucun symptôme prodromique : le malade n'a constaté aucun trouble de l'état général, il n'a pas ressenti au préalable de sécheresse anormale de la gorge. C'est le matin, au réveil, qu'il s'est aperçu de son

mal, ou bien il prenait tranquillement son repas, et, sans qu'il ait constaté que les aliments fussent trop chauds ou qu'il se fût fait en mangeant un traumatisme quelconque, la douleur s'est déclarée subitement.

A ce moment, le patient s'est quelquefois regardé la gorge dans une glace et il a pu constater lui-même la présence d'une ou plusieurs bulles sur la muqueuse. Parfois le début du mal aura été annoncé par la sensation de rupture d'un corps étranger dans la cavité buccale, et le malade aura rendu à ce moment une certaine quantité de liquide clair, ou un caillot accompagné de sang en plus ou moins grande abondance. Dans ce cas, on ne pourra constater que les restes de la bulle se traduisant par une plaque d'aspect spécial.

Les lésions se présenteront donc sous deux aspects différents, *bulles* ou *plaques,* suivant que l'on sera appelé à pratiquer l'examen de la muqueuse avant ou après la rupture de la bulle.

Un des caractères les plus nets de la bulle de pemphigus est de se présenter à l'état isolé. Parfois deux bulles très voisines ont pu se réunir pour n'en former qu'une seule, et alors celle-ci montre nettement par ses contours qu'elle résulte de la fusion de deux autres, mais jamais les bulles ne confluent pour former des groupes, comme dans l'herpès par exemple.

La bulle présente une forme nettement arrondie ou ovalaire; les dimensions varient du volume d'une lentille à celui d'une forte amande, et même plus, une seule bulle pouvant quelquefois couvrir une grande partie du voile du palais. Le liquide qu'elle contient est tendu et soulève la muqueuse en une saillie hémisphérique régulière qui se détache nettement sur elle et présente dans son ensemble l'aspect d'une phlyctène de brûlure au deuxième degré. La muqueuse voisine, saine au début, présente bientôt une aréole rouge, congestive, plus ou moins étendue, mais toujours souple et peu infiltrée.

D'aspect le plus souvent translucide, la bulle est quelquefois recouverte d'un léger enduit blanchâtre. Si on la crève, elle laisse sourdre un liquide clair et limpide comme de l'eau, qui n'est autre chose que du sérum sanguin transsudé des vaisseaux : c'est la *forme séreuse*.

Telle a été la marche et l'aspect initial des accidents dans les deux premiers cas que nous rapportons.

Observation I (communiquée par le Dr Moure). — M. X..., soixante ans environ, me consultait il y a quelques années pour une sensation de brûlure qu'il éprouvait à la gorge depuis déjà deux ou trois jours. Il me dit qu'en se regardant dans une glace il avait constaté, sur le voile du palais, un peu au-dessus de la luette, une saillie bulleuse ressemblant à une brûlure. La muqueuse était soulevée par un liquide séreux, translucide, qui rapidement s'écoula au dehors sous l'influence des efforts de la mastication, laissant après lui une surface ridée, semblable à celle qui succède à une phlyctène en voie de dessiccation.

Lorsque j'examine le malade, je constate simplement une rougeur très localisée au point où a siégé la bulle en question. Cette rougeur est très vive et se détache nettement sur le reste de la muqueuse palatine qui a son aspect rosé ordinaire. Je prescris un gargarisme à base cocaïnée et tout rentre peu à peu dans l'ordre, au point que huit jours après, il était à peine possible de voir le siège qu'avait occupé l'éruption bulleuse.

J'ai eu l'occasion de revoir ce malade un an après cet accident, car je l'avais prié de venir me revoir s'il présentait de nouvelles lésions de ce genre. Lorsqu'il se présente à mon examen, je constate sur le voile du palais une bulle parfaitement nette, d'aspect grisâtre, ayant environ 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large. Des lésions analogues sont disséminées sur le reste du voile du palais, qui présente deux ou trois bulles plus petites que la première. Je les perce à l'aide d'une pointe de bistouri : il s'écoule un liquide limpide comme de l'eau, et la bulle s'affaisse immédiatement.

Après m'être assuré auprès du malade qu'on ne pouvait nullement attribuer cette lésion à une brûlure antérieure, je prescris le traitement ordinaire : gargarisme, borax, bromure et cocaïne. Comme la première fois, tout rentre dans l'ordre en l'espace de quelques jours.

Je n'ai plus eu l'occasion de revoir depuis ce malade, qui ne

présentait, à ce moment ni lors de la première éruption, aucune sorte de lésion sur la peau. Son état général était excellent.

Deux fois, il s'était agi incontestablement de pemphigus.

Obs. II (recueillie à la Clinique de la Faculté de Bordeaux, service du Dr Moure). — Auguste F..., vingt-quatre ans, exerçant la profession de cultivateur, se présente à la consultation le 29 mars 1900. Le malade se plaint d'une difficulté pour avaler survenue brusquement depuis la veille. Il a une sensation de brûlure assez vive, surtout marquée dans la déglutition des liquides.

A l'examen de la cavité buccale, on constate sur la partie antérieure de la luette, à son point de jonction avec le voile du palais, une bulle de la dimension d'une noisette remplie d'un liquide un peu louche. La muqueuse voisine est congestionnée, elle forme autour de la bulle une aréole érythémateuse s'étendant à quelques millimètres dans tous les sens. La luette n'est pas œdémateuse. Rien au larynx.

La bulle a quelquefois une coloration noirâtre, et, rompue, elle laisse écouler un mélange de sérosité et de sang : c'est la *forme hémorragique*.

Obs. III (recueillie à la Clinique laryngologique de la Faculté de Bordeaux, service du Dr Moure). — Sœur X..., âgée d'une trentaine d'années, vient me consulter pour une sensation de brûlure à la gorge qu'elle éprouve depuis la veille. Ce symptôme est apparu au moment où la malade déjeunait d'une soupe qui ne lui parut pas trop chaude. La douleur persistant depuis vingt-quatre heures, elle vient me montrer sa gorge.

A l'examen, je constate en avant et au-dessus de la luette une vaste bulle noirâtre qui mesure environ 3 centimètres de long sur 1 centimètre et demi de large. Elle présente une surface lisse et fait saillie au-dessus de la muqueuse. A côté se trouvent deux autres bulles de dimensions bien moindres. La muqueuse environnante est absolument saine; pas la moindre tuméfaction. La luette n'est pas œdémateuse. Il semble qu'il se soit fait sous la muqueuse une hémorragie qui a soulevé l'épiderme pour lui donner cet aspect bulleux tout à fait spécial.

La malade ne présente sur aucune autre partie du corps de lésions analogues. Elle n'a aucun phénomène réactionnel général.

Considérant qu'il s'agit d'une forme de pemphigus hémorragique, je prescris un simple gargarisme émollient (borate de soude et bromure de potassium), et prie la malade de revenir me voir le lendemain.

Lorsque je revois la malade, vingt-quatre heures après, les bulles sont complètement affaissées. Il ne reste plus qu'une teinte ardoisée au niveau du point primitivement atteint. La malade me dit avoir craché la veille au soir un peu de sang noirâtre.

Elle continue son traitement, et, quatre ou cinq jours après, il n'existe plus, comme trace de la lésion dont elle vient d'être atteinte, qu'une surface un peu rougeâtre, qui va peu à peu en diminuant pour finir par disparaître.

Obs. IV (communiquée par le Dr Brindel). — Un soldat, se plaignant de douleur à la gorge, se présente à M. le Dr Brindel, alors médecin auxiliaire aux chasseurs alpins. C'était à une étape, après une marche assez pénible.

Le malade dit avoir perçu tout à coup dans la gorge la sensation de corps étranger, s'accompagnant de phénomènes douloureux à la déglutition. Cet accident était survenu brusquement : il n'avait pas été précédé de sécheresse de la gorge, aucune sensation anormale ne l'avait annoncé.

A l'examen de la cavité buccale, on constate, à l'union du voile et de la voûte palatine, une tuméfaction allongée d'avant en arrière et mesurant 2 à 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large environ. Cette tumeur, de couleur noirâtre, soulevait régulièrement la muqueuse et présentait assez bien dans son ensemble l'aspect d'une sangsue gorgée de sang. La muqueuse voisine était saine. Sur la luette, fortement tuméfiée, on constate une tumeur de même aspect, mais de dimensions moindres, qui pend sur la base de la langue. Pas de phénomènes généraux.

Une légère incision est faite à la surface des tumeurs à l'aide d'un bistouri, et il s'en écoule un liquide brunâtre, mélange de sérosité et de sang. Les tumeurs s'affaissent, ne laissant à leur place qu'une mince pellicule de coloration brunâtre, reste de la membrane enveloppant la tumeur. Le malade se dit fortement soulagé, bien que la douleur à la déglutition ait en partie persisté.

On prescrit des gargarismes émollients, et, trois jours après, tout est rentré dans l'ordre, la muqueuse s'étant réparée sans cicatrice.

Le nombre des bulles est quelconque, mais d'ordinaire assez limité. Rarement uniques, elles sont le plus souvent

au nombre de trois ou quatre, mais quelquefois aussi disséminées sur toute la muqueuse buccale et sur les muqueuses voisines.

Leur siège est non moins variable. On peut les rencontrer sur la muqueuse des joues et des lèvres, sur la muqueuse linguale, quelquefois sur la paroi postérieure du pharynx ou sur la muqueuse nasale, rarement sur les amygdales; parfois même à l'état isolé, on les a trouvées sur l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes.

Tel est le cas rapporté par Wagnier à la Société belge d'otologie et de laryngologie et dont l'observation est relatée dans la *Revue de laryngologie* du 15 juillet 1892.

Toutefois, le siège le plus habituel de l'éruption, siège que nous trouvons seulement épargné dans l'observation de Wagnier, est le voile du palais.

Si bien que l'on pourrait presque donner au pemphigus aigu, lorsqu'il reste localisé aux muqueuses supérieures, le nom de *pemphigus du voile du palais*.

La durée des bulles est le plus souvent éphémère, et elles ne sont constatées dans leur intégrité qu'à titre exceptionnel. Développées brusquement, le plus souvent sans que le malade lui-même se soit aperçu de leur accroissement, elles crèvent souvent à son insu. Elles cèdent d'ordinaire après quelques heures aux mouvements de déglutition. Elles peuvent cependant persister deux ou trois jours, mais se rompent toujours spontanément.

La lésion se présente alors sous un aspect tout différent. On constate tout d'abord, au milieu de la muqueuse congestionnée et au siège même préalablement occupé par la bulle, une petite membrane opaline, ridée, en tout semblable à celle qui succède à une phlyctène qui s'est rompue. Cette membrane se rétracte bientôt pour devenir une plaque blanche ou jaunâtre, quelquefois grisâtre, d'aspect fibrineux, et régulièrement appliquée sur la muqueuse; elle présente une forme arrondie et des contours bien nets. La partie

centrale de cette plaque exsudative offre souvent des irrégularités plus ou moins frangées, indice de la rupture de la bulle préexistante. Tel a été l'aspect de la plupart des éléments de l'éruption dans les deux cas suivants.

Obs. V (recueillie dans le service du Dr Moure). — G. D..., dix-sept ans, est une jeune fille maigre, un peu anémiée, très myope. Sa mère est en bonne santé. Son père souffre de la poitrine depuis cinq ans et a une hémiplégie gauche.

La malade a eu dans son enfance deux atteintes de faux croup. Il y a quatre ans elle eut une angine qui s'accompagna de fièvre et qui obligea la malade à garder le lit pendant huit jours.

Elle se présente à la consultation de l'hôpital Saint-André, le 12 novembre 1901, se plaignant de douleurs dans l'oreille droite et disant avoir eu deux jours auparavant une sensation de brûlure au voile du palais.

La malade, qui a également une déviation à gauche de la cloison cartilagineuse du nez, présente de l'otite moyenne sèche double avec tympans déprimés et synéchies au centre.

A l'examen de la gorge on trouve, symétriquement placées, à un centimètre environ de chaque côté de la ligne médiane et à l'union du voile du palais avec la voûte, deux petites plaques de la dimension d'une lentille, à bords nets, grisâtres, se détachant sur le reste de la muqueuse, qui est rouge et enflammée. Un peu douloureuses au toucher, ces plaques n'offrent pas d'infiltration profonde : elles sont souples sur les tissus sous-jacents. Elles ne présentent pas de perte de substance véritable et ne sont pas en saillie sur la muqueuse voisine. La partie centrale de chacune d'elles présente une déchirure irrégulière, et elles donnent dans leur ensemble l'impression de deux bulles ayant versé leur contenu dans la bouche.

On trouve également sur le pilier antérieur droit une vésicule aberrante de la grosseur d'un grain de chènevis, recouverte d'un enduit blanchâtre. Les amygdales ne présentent pas trace d'inflammation : rien non plus à la paroi postérieure du larynx. Pas de tuméfaction ganglionnaire.

Hier, *11 novembre,* la malade a eu une céphalée continue, qui a disparu ce matin. Elle dit ne pas avoir eu de fièvre. Actuellement elle n'a pas d'élévation de température et présente seulement un léger état saburral des premières voies digestives. L'appétit est conservé, mais la mastication et la déglutition sont douloureuses.

On prescrit le traitement alcalin et un gargarisme émollient avec borax et bromure de potassium.

Le *14 novembre*, la malade présente toujours deux petites macules blanchâtres. L'inflammation périphérique du voile a beaucoup diminué.

Le *24*, les macules n'ont pas complètement disparu : elles se présentent encore sous forme de deux petites plaques blanchâtres. La vésicule constatée sur le pilier droit a totalement disparu. La malade n'a ressenti aucune nouvelle douleur à la gorge. Elle a, depuis cinq jours, une petite éruption de sept à huit vésicules d'herpès, aujourd'hui en voie de dessiccation, sur le rebord de la lèvre inférieure.

Le *9 décembre*, il ne reste plus à la place des macules qu'une très légère hyperémie de la muqueuse sous forme de deux petites taches rouges. La muqueuse n'est pas hypertrophiée et ne présente pas de cicatrice. Pas de nouvelle éruption.

Obs. VI (recueillie à la clinique du Dr Moure). — C..., cinquante-huit ans, portefaix, vient à la consultation de l'hôpital Saint-André, le 26 avril 1901, accusant une gêne de la déglutition constatée par le malade, la veille, à son lever.

L'examen de la bouche permet de constater sur la moitié droite du voile du palais, non loin de la luette, une plaque blanchâtre, d'aspect laiteux. Cet exsudat présente une forme assez régulièrement ovalaire, quoique un peu déchiquetée sur ses bords à sa partie antérieure. Son grand diamètre, situé d'avant en arrière, mesure 1 centimètre environ et son diamètre transversal, 5 à 6 millimètres. Cette plaque se détache nettement sur la muqueuse voisine, qui l'entoure d'une aréole congestive.

Le larynx ne présente pas d'éruption, mais un simple état catarrhal.

Dans ces deux cas, le diagnostic de pemphigus aigu a été porté, et cette fois comme la première on prescrit des gargarismes émollients au borax et au bromure de potassium.

Au lieu de cette membrane blanchâtre, l'emplacement de la bulle, lorsqu'elle a été hémorragique, reste souvent indiqué par une pellicule brune plus ou moins étendue, présentant parfois dans son ensemble l'aspect d'un large sac rompu, comme l'a constaté Law dans l'observation rapportée dans la *Revue de laryngologie* du 6 mars 1897.

Cette membrane qui succède à la bulle est peu épaisse : si on y passe le doigt, elle ne paraît pas en saillie sur la muqueuse voisine. Elle s'enlève facilement, et laisse au-dessous d'elle le chorion de la muqueuse un peu douloureux à la pression, légèrement congestionné, mais souple et saignant rarement.

D'une durée de quelques jours, la plaque disparaît peu à peu, laissant après elle une congestion assez marquée de la muqueuse, se traduisant par une vive rougeur. La muqueuse reprend en une ou deux semaines son aspect normal : elle se répare complètement, sans cicatrice et sans perte de substance.

Les symptômes fonctionnels se traduisent ordinairement par des troubles de la déglutition, que le malade compare à une sensation de brûlure. En dehors des mouvements de déglutition, le malade ressent de la gêne, de la sécheresse de la gorge, mais pas de douleur véritable. Le larynx, nous l'avons dit, peut lui-même être le siège de l'éruption, et dans ce cas les symptômes fonctionnels dépendront de l'emplacement des bulles. Celles-ci reposent-elles sur les cordes vocales? Le timbre de la voix sera modifié de diverses façons et se traduira par de l'aphonie et de l'enrouement. La muqueuse des cartilages aryténoïdes est-elle au contraire le siège de l'éruption? Il peut se faire dans ce cas, comme dans l'observation de Wagner, un rétrécissement de l'orifice glottique, qui se traduira par de la toux et de la gêne dans les mouvements respiratoires.

Peu ou pas de phénomènes réactionnels ni de retentissement sur l'état général. Il n'y a jamais de tuméfaction ganglionnaire. A peine constate-t-on dans quelques cas un léger état saburral des premières voies digestives. Pas de fièvre. Si, au contraire, nous assistions au début d'un pemphigus qui doit se généraliser, nous trouverions, comme d'ordinaire, les prodromes de cette affection : céphalée, frissons, courbature, abattement général, et le plus souvent une élévation

de température assez marquée, persistant jusqu'au moment où se sera établie l'éruption. Tel fut le début, dans l'observation que le Dr Mesnard rapportait dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* du 15 juillet 1891.

Marche. Pronostic. — La durée de l'affection est très courte. La bulle persiste au plus deux ou trois jours, et du cinquième au quinzième jour, toute trace de la macule qui lui succède a disparu.

Une première atteinte ne donne pas l'immunité; on a constaté, en effet, la récidive de l'éruption.

Le pronostic du pemphigus restant localisé aux muqueuses est des plus bénins. Le trouble apporté à la déglutition et aux mouvements respiratoires est passager et ne présente d'ordinaire aucun caractère de gravité.

Diagnostic. — L'apparition brusque de bulles sur les muqueuses ou la constatation des taches blanches régulièrement arrondies qui leur succèdent, l'intégrité presque absolue de la muqueuse voisine, un trouble modéré de la déglutition et un retentissement nul ou à peine marqué sur l'état général suffiront dans la grande majorité des cas à établir le diagnostic de pemphigus aigu des muqueuses. Cette affection peut présenter cependant quelques analogies avec un certain nombre d'éruptions de la muqueuse buccale et des muqueuses voisines, et il n'est pas inutile de nous y arrêter un instant:

Nous n'insisterons pas sur les *brûlures* qui peuvent donner lieu à des phlyctènes semblables aux bulles de pemphigus. C'est la première hypothèse qui vient à l'esprit, et il faudra l'éliminer tout d'abord en interrogeant son malade.

L'*angine érythémateuse simple* survient d'ordinaire au milieu de symptômes fébriles très bruyants. Il n'est pas rare de voir la température atteindre tout d'un coup 40 degrés. Le début s'accompagne de frissons, de céphalalgie, de cour-

bature. La gorge est sèche ; l'inflammation de la muqueuse est bientôt très violente, et la douleur devient si vive que le malade a de la peine à avaler sa salive et que la déglutition des aliments est presque impossible. L'haleine a une odeur désagréable. Les amygdales se tuméfient et la pression à leur niveau est très pénible. Il n'est pas rare d'observer un peu d'engorgement ganglionnaire. L'examen direct montre un érythème généralisé à toute la muqueuse de l'arrière-gorge : le voile du palais, les piliers, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx sont d'un rouge sombre très particulier. En certains points, notamment sur la base de la langue, sur les piliers et dans les cryptes amygdaliennes, on pourra voir sur la muqueuse hyperémiée de petits dépôts d'exsudat blanchâtre, mais ceux-ci se présenteront sous forme d'amas à contours irréguliers ne donnant nullement l'impression d'une bulle préexistante.

L'*herpès du pharynx* est toujours précédé de symptômes prodromiques bien marqués : malaise général, céphalée, fièvre vive annoncent l'éruption. Celle-ci se présente avec un aspect bien caractéristique : sur une tache rouge, légèrement saillante, qui paraît tout d'abord, se développent des vésicules du volume d'une tête d'épingle, arrondies ou acuminées et groupées les unes à côté des autres au nombre de 4, 5, 6, quelquefois même 8 ou 10. Elles paraissent sur la face interne des lèvres et de joues, sur la muqueuse linguale, sur le palais et sur la luette, mais les amygdales sont leur siège de prédilection. « Presque toujours, » nous dit Lasègue dans son *Traité des Angines,* le « foyer herpétique est tonsillaire, c'est à peine si quelques vésicules semblent s'être égarées sur les parties avoisinantes. Cette règle est si vraie qu'il y a lieu de douter de la nature herpétique des éruptions qui épargnent les amygdales et se rassemblent sur le voile du palais et sur les piliers. » L'angine s'accompagne le plus ordinairement d'une éruption de vésicules d'herpès sur le rebord des lèvres ou à l'orifice des cavités nasales, ce qui

éclaire le diagnostic lorsque l'examen n'a pu se faire qu'après la rupture des vésicules. L'herpès, comme le pemphigus, peut, dans quelques cas rares, se présenter isolément dans le larynx : ici encore la confusion est impossible. Sur une portion enflammée de la muqueuse, le laryngoscope montrera, se détachant nettement sur les parties voisines, de petites vésicules réfringentes ou de petites érosions punctiformes revêtues d'un mince exsudat, ne ressemblant en rien aux bulles de pemphigus ou à la fausse membrane qui leur succède.

L'*érysipèle* peut se montrer primitivement ou secondairement dans la cavité buccale. On l'observe sur la membrane muqueuse de la bouche et des lèvres, les piliers et le voile du palais, sur la luette et la face postérieure du pharynx. L'angine qu'il y produit peut s'accompagner de bulles qui présentent la dimension d'une lentille à celle d'une petite noisette et ont pour siège ordinaire le voile du palais et la luette. Leur durée est éphémère et leur évolution est à peu près la même que celle des bulles de pemphigus. Cependant, en les examinant avec attention, on s'apercevra que leurs bords ne sont pas réguliers, mais forment des lignes sinueuses, à angles rentrants. L'inflammation généralisée de la muqueuse, qui se présente sous forme d'une nappe d'un rouge pourpre ou sombre, comme si elle était recouverte d'un vernis, la douleur locale intense et l'élévation de la température qui accompagnent l'éruption la feront aisément distinguer du pemphigus.

La *diphtérie* se traduit par des fausses membranes avec lesquelles l'exsudat du pemphigus présente les plus grandes ressemblances. Bien des caractères cependant nous permettront de différencier facilement les deux affections. Dans la diphtérie, il est exceptionnel de voir les membranes se former dans la bouche et sur la langue. On observe toujours une plus ou moins grande élévation de température et des troubles importants de l'état général. La tuméfaction gan-

glionnaire est la règle. L'ensemencement de la fausse membrane assurerait bientôt le diagnostic.

Le *zona facial* comprend des cas où les nerfs maxillaires supérieur et inférieur, branches inférieures du trijumeau, sont atteints. L'éruption vésiculeuse n'est pas alors limitée à la peau, elle s'étend aussi aux muqueuses de la joue, de la langue, de la gorge, s'accompagnant de douleurs névralgiques et conservant toujours le caractère d'unilatéralité du zona.

Dans l'*angine secondaire de la syphilis*, la plaque muqueuse présente quelque analogie avec la fausse membrane qui suit la rupture de la bulle de pemphigus. La plaque muqueuse cependant, légèrement en saillie sur les tissus voisins, a plutôt l'aspect d'une pellicule que d'une fausse membrane; elle a une configuration généralement un peu irrégulière, un aspect grisâtre opalin tout spécial, elle est entourée d'un liséré carminé. Elle peut se rencontrer sur le voile et sur la muqueuse buccale, mais son siège le plus habituel est l'amygdale et les piliers. Ces caractères suffiront, en général, à distinguer d'emblée la plaque muqueuse. Elle s'accompagnera, du reste, le plus souvent de l'érythème si spécial à l'angine spécifique, érythème limité au voile et à la base des piliers et présentant des contours si nets qu'il paraît, comme on l'a dit, déposé là avec un pinceau. La connaissance de l'accident primaire, la constatation de la roséole ou de la polyadénite lèveront tous les doutes.

L'absorption de certains médicaments, notamment de l'iodure de potassium et de l'antipyrine, peut donner lieu à une stomatite plus ou moins intense, parfois simplement érythémateuse, parfois phlycténulaire (Veiel). Gourin rapporte dans sa thèse (Paris 1884) une observation personnelle dans laquelle survint, après absorption d'antipyrine, une rougeur intense des muqueuses, et à leur surface de petites taches opalescentes analogues aux plaques muqueuses qui, en s'unissant, prirent l'aspect de fausses membranes. Le

pharynx peut offrir les mêmes lésions s'accompagnant de douleur à la déglutition. Ces phénomènes ressemblent fort à ceux que nous avons décrits, et c'est une cause qu'il ne faudra pas manquer de rechercher.

Dans la forme hémorragique, l'aspect spécial de l'éruption nécessite le diagnostic avec l'hématome et l'angiome du voile du palais.

L'*hématome* présente le même aspect extérieur que la bulle hémorragique de pemphigus. La muqueuse, soulevée par un épanchement sanguin, se présente sous la forme d'une tumeur liquide, arrondie et régulière, de coloration noirâtre. En interrogeant son malade avec soin, on verra que dans ce cas il y a eu un traumatisme quelconque de la muqueuse, et par un examen attentif on en verra la trace persistant sous la forme d'une petite ecchymose ou d'une légère déchirure siégeant sur les bords de la tumeur.

La structure lâche du voile du palais et de la luette, et la richesse de leur vascularisation sont des causes favorables au développement dans cette région d'une tumeur vasculaire due à la prolifération du tissu veineux, l'*angiome*. Cette tumeur, de couleur noirâtre comme la bosse sanguine, est molle sous le doigt et quelquefois un peu réductible. Elle se distinguera par l'irrégularité de sa surface et son aspect mamelonné, résultant du contact, dans sa formation, des vaisseaux veineux dilatés. Elle ne s'accompagnera d'ordinaire d'aucun phénomène douloureux et la muqueuse voisine ne présentera nulle trace d'inflammation.

Traitement. — Le traitement du pemphigus aigu des muqueuses est des plus simples, l'affection n'ayant aucune tendance à persister, et la réparation des tissus se faisant toujours d'une manière complète.

Les douleurs de la déglutition seront bien diminuées par une alimentation liquide ou demi-molle continuée pendant quelques jours.

Le malade se fera en même temps cinq à six fois par jour des gargarismes émollients avec une solution que l'on pourra formuler de la façon suivante :

Borax	ãã	5 grammes
Bromure de patassium.		
Glycérine.		50 —
Décoction de racine de guimauve et feuille de coca		1 litre

Si la bulle était gênante ou douloureuse par suite de ses grandes dimensions ou par sa localisation près de l'orifice glottique par exemple, il serait indiqué de l'ouvrir par une légère incision.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 28 octobre 1901.

Président : Dr Urbantschitsch.

M. Urbantschitsch. — Expérience sur la valeur de l'électrolyse dans la sclérose auriculaire.

Un peu de coton mouillé serré autour d'un fil fin et conduit sur le tympan (quadrant postéro-supérieur) ou sur la paroi du promontoire, dans les cas de perforation, servait d'électrode (cathode). On s'est servi d'un courant galvanique et du courant induit, à une très faible intensité (1/10 de milliampère). Les résultats sur les 6 malades traités de cette façon ont été très satisfaisants ; il s'agissait toujours d'une sclérose prononcée de la membrane de la fenêtre ovale. Il est vrai que ces résultats ne datent que de trois semaines ; en tout cas, ces expériences vont à l'encontre de l'opinion de Winkler, qui croit le courant faradique nuisible.

M. Politzer rappelle le peu de succès obtenu jusqu'ici par les interventions chirurgicales dans la sclérose et le catarrhe chronique. L'excision des adhérences entre l'étrier et la fenêtre ovale,

suivie du curettage du tissu cicatriciel, ne lui a réussi que dans les cas d'otite purulente guérie. Il ne croit pas à de bons résultats définitifs par l'électrolyse. Elle ne ferait qu'irriter et relâcher les tissus et n'agirait qu'à la façon des substances chimiques irritantes. D'ailleurs le courant serait trop peu intense pour avoir une action utile.

M. Urbantschitsch n'admet pas qu'on puisse comparer l'électrolyse avec une intervention chirurgicale. L'effet de la dernière serait localisée au point d'attaque ; l'électrolyse agirait sur toute la surface en ramollissant les tissus qui ne se rétracteraient plus.

M. Gompers n'a pas obtenu de résultats par l'électrolyse.

A une nouvelle demande de M. Politzer, qui veut savoir comment agit le courant, il répond qu'il donne toujours une hyperémie très prononcée même à une faible intensité.

M. Alexander nous montre une petite **perle métallique qui se trouvait dans le conduit auditif d'un enfant.** Il n'a pu l'extraire qu'à l'aide de l'électro-aimant des oculistes.

M. le professeur Politzer montre une **série de coupes prises sur l'oreille d'un sourd-muet.** La fenêtre ovale est très peu enfoncée; le canal du facial déhiscent et le bras postérieur de l'étrier adhérent aux parois osseuses du canal.

M. Alt. — **A propos d'une infiltration carcinomateuse complète du temporal et du labyrinthe par métastase** (cancer du sein) et qu'on n'avait pu diagnostiquer à cause d'une paralysie faciale survenue très vite, l'auteur s'étonne que l'épreuve de Weber ait pu être localisée tout le temps du côté malade.

M. Politzer croit qu'il a pu persister quelques vestiges du labyrinthe en tant qu'organe de perception, au moment de l'examen. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, janvier 1901.)

Dr Bertemes.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire des maladies du pharynx (Moyen-Age occidental et temps modernes), t. II et III, par le Dr CHAUVEAU.

Nous avons déjà analysé en son temps le premier volume de cette étude historique des maladies du pharynx. Aujourd'hui, M. Chauveau nous présente, en deux volumes, les travaux des auteurs qui se sont plus particulièrement occupés des affections de l'arrière-gorge.

Les trois premières parties du second volume sont consacrées à la période pré-arabiste, à l'école de Salerne, et à la période arabiste, tandis que la quatrième partie contient les temps modernes. Dans ces intéressants chapitres, M. Chauveau passe successivement en revue les auteurs ayant écrit sur les processus morbides communs, savoir les traducteurs et les médecins hippocratiques, les iatrochimistes, au nombre desquels Paracelse, les éclectiques du XVIIe siècle; les iatromécaniciens, et parmi eux Offmann et Boerhaave, pour arriver enfin aux praticiens de la fin du XVIIIe siècle, tels que Sauvage, Ballen, Vicq d'Azir et Piñel, Jean de Vigo, Ambroise Paré, Fabrice d'Aquapendente, Fabrice de Hilden, Garengeot, Desault, pour ne citer que les plus connus.

Les anatomo-pathologistes comprennent surtout Bonnet et Morgagni, tandis que, parmi les auteurs s'étant adonnés à l'étude des processus spécifiques (diphtérie, etc.), nous rencontrons Sgambati, Boerhaave, Chomel, Michaelis, etc.

Concernant la scarlatine du pharynx, nous retrouvons les noms de Huxham, Fothergill, Tissot; pour la variole et la rougeole, Sydenham et Morton.

La conclusion de ce volume comprend des généralités sur les angines, les topiques employés pour les combattre, tandis que l'hypertrophie des amygdales est traitée par l'incision, la cautérisation et la ligature.

Vient ensuite la description des polypes naso-pharyngiens et les opérations qu'ils comportent, soit par les voies naturelles, soit par la voie externe; et, enfin, les troubles nerveux de l'arrière-gorge et les processus spécifiques.

Un index bibliographique extrêmement important complète cet intéressant volume, dans lequel les praticiens désireux de se mettre au courant de cette littérature ancienne trouveront une série de documents de nature à les intéresser.

Le dernier volume que l'auteur nous présente, presque tout entier écrit en latin, sera surtout consulté par les spécialistes désireux de faire des recherches bibliographiques sur les affections de la gorge et sur la manière dont nos anciens comprenaient cette pathologie et le traitement des divêrses altérations de cette région. Il est à craindre que, sauf quelques érudits de notre profession, la plupart aient beaucoup trop oublié leur langue latine pour qu'ils puissent suivre aisément les descriptions données par ces auteurs anciens.

Quoi qu'il en soit, nous devons savoir gré à M. Chauveau de nous avoir initiés à tous ces procédés et à ces méthodes. C'est une œuvre des plus intéressantes. Aussi, avons-nous le ferme espoir que ces trois volumes seront lus et consultés avec fruit par la plupart des spécialistes et tous les médecins qui s'intéressent aux progrès de la science médicale. (Librairie J. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

De l'abcès rétro-pharyngé aigu chez les enfants *(The acute post-pharyngeal abscess of infants)*, par le Dr S. Vere Pearson.

L'abcès rétro-pharyngé aigu est peu fréquent chez les enfants. Son diagnostic précoce est de la plus haute importance : car non reconnu à temps il entraîne fatalement la mort. L'auteur en a observé deux cas qui avaient subi la trachéotomie pour une diphtérie laryngée supposée; les deux malades furent admis à l'hôpital avec une bronchopneumonie fatale secondaire à un abcès rétro-pharyngé non diagnostiqué, qui s'était ouvert.

Dans un cas, l'affection a été reconnue peu avant la mort, mais l'état du malade était extrêmement grave, et les tissus rétro-pharyngés gangrenés. Dans l'autre cas, qui avait trait à un enfant de sept semaines, l'abcès n'a été découvert qu'à l'autopsie. En général le diagnostic de ces abcès n'est pas difficile. L'affection est souvent méconnue parce qu'elle n'est pas soupçonnée. Si le diagnostic est fait à temps, le pronostic devient favorable.

Le cas classique d'abcès rétro-pharyngé présente le tableau clinique suivant. Un enfant d'environ deux ans est amené pour une raucité graduelle de la voix datant de quelques jours, difficulté de succion ou douleur apparente de la déglutition, agitation et perte d'appétit. Ces troubles sont souvent précédés ou accompagnés d'un écoulement purulent du nez; souvent il existe aussi, et surtout au début, une obstruction considérable de la respiration. Un pareil cas peut facilement être pris pour une diphtérie laryngée, surtout quand les ganglions cervicaux sont sensibles et tuméfiés et que les amygdales sont enflammées et couvertes d'une sécrétion mucoïde. Mais la voix est différente de celle de la laryngite aiguë, et la toux croupale caractéristique fait défaut.

Dans l'abcès rétro-pharyngé, un côté du cou est plus replet que l'autre, et une amygdale et la paroi pharyngée correspondantes sont légèrement repoussées en avant. Mais, chez un enfant, il n'est pas facile de s'en assurer. Il existe cependant un procédé de diagnostic facile, c'est la palpation digitale de la région rétro-pharyngée. Mais la chose dont il est le plus difficile de s'assurer, c'est l'existence d'une vraie fluctuation.

Si les symptômes généraux et le gonflement sont légers, on peut se contenter d'un traitement expectatif. La tuméfaction peut rapidement se terminer par la résolution, si l'on traite l'affection locale de voisinage, telle qu'une rhinite coexistant fréquemment, ou si l'on a soin d'administrer un léger purgatif. Dans tous les autres cas, une intervention chirurgicale est indiquée et, excepté dans les cas tout

à fait graves, une opération d'urgence n'est pas nécessaire. Souvent l'enfant sera mis dans les meilleures conditions, pour supporter l'opération, grâce à une attente de quelques jours, pendant lesquels on pourra procéder à un nouvel examen et voir s'il n'y a pas quelques chances de résolution. Le seul danger est un accroissement subit de la dyspnée; mais l'état du petit malade s'améliore, et la dyspnée diminue après un traitement de vingt-quatre heures : administration d'un purgatif salin, ou tout simplement d'une potion saline, alimentation abondante et alcool à petites doses.

En ce qui concerne la méthode opératoire, l'auteur préconise celle d'Hilton : ouverture de l'abcès par derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Après l'opération par la bouche, il est impossible d'empêcher la déglutition d'une partie du pus. L'ouverture de l'abcès par la voie externe est souvent aisée et, en général, pas très difficile. L'incision est pratiquée immédiatement en arrière et parallèle au sterno-mastoïdien; son centre doit être situé, autant que possible, au même niveau que le centre de la tuméfaction. Arrivé tout près de la base de la plaie, on cherchera à éviter l'accessoire spinal. Après avoir incisé, au bistouri, la peau et le facia, le bord postérieur du sterno-mastoïdien est mis à nu, et le muscle légèrement repoussé en avant. On abandonne alors le bistouri pour un disséqueur émoussé et une paire de ciseaux à disséquer. A cette phase de l'opération, on peut avoir à extirper un ou deux ganglions légèrement tuméfiés en arrière du sterno-mastoïdien. Ceci fait, on sépare avec précaution les tissus, jusqu'à ce qu'on ait atteint la région prévertébrale. Les points de repère sont les apophyses transverses et la surface antérieure des corps vertébraux. Se tenir toujours en arrière, se guider par les points de repère et pouvoir les toucher avec les doigts, voici les deux principes fondamentaux que l'opérateur ne doit point oublier, et alors il n'aura pas à craindre de blesser la veine jugulaire ou le sympathique cervical, les deux seuls organes susceptibles d'être endommagés. Le malade ne sera jamais profondément endormi,

et, à cette phase de l'opération, on le laissera se réveiller en partie. L'opération est beaucoup facilitée par l'introduction d'un doigt dans la bouche, et d'un doigt de l'autre main dans la plaie. Cette manœuvre permet de circonscrire exactement les limites de l'abcès. On introduit alors dans la plaie, le long de la face palmaire du doigt, un petit bistouri pointu, et l'on ouvre l'abcès. Le pus jaillit dehors, et la cavité abcédée se vide rapidement, si l'on agrandit l'ouverture avec une pince à sinus, guidée dans la cavité par l'instrument déjà introduit. Après un ou deux lavages avec une solution antiseptique, introduire dans la plaie un petit drain entouré d'une lanière de gaze; réunir les bords de la plaie par une ou deux sutures au-dessus et au-dessous du drain et appliquer un pansement antiseptique ordinaire. Laisser le drain en place pendant deux ou trois jours; lavages quotidiens avec une solution d'iode, les premiers jours forte et ensuite faible. Le malade sera pansé deux fois dans les premières vingt-quatre heures qui suivent l'opération et après une fois par jour. Le drain une fois enlevé est remplacé par une mince lanière de gaze qu'on raccourcit un peu tous les jours. La plaie guérit au bout d'une vingtaine de jours. (*The Lancet*, 26 oct. 1901.)

TRIVAS.

De l'aspect du voile du palais dans la grippe épidémique *(Appearance of the soft palate in epidemic influenza)*, par le Dr LOUIS KOLOPINSKI.

L'influenza peut être diagnostiquée avec facilité, voire même certitude, en observant l'aspect particulier du voile du palais. Cet aspect précède de quelques jours le frisson initial et la fièvre, et persiste encore lorsque la convalescence est apparemment terminée.

Le phénomène en question, bien visible, consiste dans la formation sur la muqueuse du voile, de petites saillies convexes d'une blancheur ou transparence perlée. Leur volume est celui d'un grain de sable. Elle peuvent être peu nombreuses et limitées à certaines parties du voile, ou bien abondamment répandues à toute sa face antérieure. Les par-

ties suivantes du voile sont le siège de prédilection de la forme circonscrite : 1° la base de la luette; 2° le raphé médian; 3° les bords latéraux de ce dernier; 4° la face antérieure du repli glosso-palatin, au-dessus du bord supérieur de l'amygdale. Le contact d'une spatule donne la sensation d'une dureté rugueuse.

Ces saillies sont surtout bien visibles, soit à une lumière artificielle très intense, soit à la lumière solaire directe ou diffuse. Il ne faut pas les confondre avec des particules ténues de mucus ou de salive; quelquefois elles sont complètement masquées par une sécrétion tenace qui les recouvre entièrement.

L'aire occupée par ces corpuscules est de coloration rouge vif chez les individus sains; rouge foncé chez les alcooliques et les tabagiques; elle est d'une blancheur de cire chez les tuberculeux et dans toutes les autres maladies cachectisantes. Des hémorragies punctiformes viennent quelquefois compliquer le tableau.

L'existence de ces corpuscules ne donne aucune sensation subjective. (*The Monthly Cyclopedia of practical med.*, juil. 1901.)

TRIVAS.

NEZ ET PHARYNX NASAL

De l'angiome kystique du nez *(angeioma cysticum of the nose)*, par le Dr FLEURY LEWIS WAGNER.

De toutes les variétés de kystes du nez, l'angiome kystique est la forme la plus rare; celle-ci diffère des autres formes non seulement par sa structure histologique, mais encore au point de vue chimique (par son contenu). Les quelques cas qui en avaient été relatés dans la science ont été décrits par leurs auteurs (Patter, Lublinski) sous le nom de cystoma ou kyste par rétention.

L'étude de l'auteur a porté sur deux cas d'angiome kystique du nez, un garçon de neuf ans et une femme de vingt-huit ans; dans l'un et l'autre cas, les tumeurs se sont présentées avec des caractères absolument identiques.

Macroscopiquement : Tumeur unique, bleu grisâtre, très mobile, à parois externes beaucoup plus élastiques que

celles des autres tumeurs du nez, myxome, myxofibrome et attachée à une petite base, à peu de distance au-dessous du foramen sphéno-palatin, au point où l'artère et la veine sphéno-palatines entrent dans la cavité nasale. Par son volume, la tumeur peut complètement obstruer la partie postérieure d'un côté du nez et faire saillie dans le naso-pharynx.

Microscopiquement : Sur une coupe des parois du kyste on constate un épithélium stratifié cilié revêtant presque entièrement toute la partie extérieure de la tumeur, à l'exception d'une portion constituée par un épithélium pavimenteux. Point de glandes, mais un grand nombre de veines, dont quelques-unes très grosses, de même que de gros sinus veineux. Tous ces vaisseaux ont une direction parallèle au sac.

C'est en raison de cette abondance de veines et de sinus caverneux, qui constituent l'élément principal du kyste, que l'auteur a donné à cette tumeur le nom d'angiome kystique.

Propriétés chimiques du contenu kystique. — Liquide de couleur brun foncé, se reproduisant rapidement si le kyste n'est pas entièrement détruit. Poids spécifique inférieur à celui du sérum sanguin, réaction alcaline. La couleur foncée du liquide est due en partie à la lutéine, en partie à un dérivé de l'hémoglobine. Grandes quantités de sérum-albumine. Absence complète de mucine, paramucine, albumoses, peptones, leucocytes et cristaux de cholestérine. Globules rouges peu nombreux; c'est à eux qu'est due la coagulation rapide du liquide après son exposition à l'air. Le liquide kystique est le résultat d'une transsudation sanguine. On pourrait donc aussi bien l'appeler kyste séreux. (*New-York med. Journ.*, 16 mars 1901.)

TRIVAS.

Deux cas d'imperforation de la narine droite, par le Dr BOULAI, de Rennes.

L'auteur signale deux cas d'obstruction totale, ou plutôt d'imperforation de la narine droite, très rares, et sembla-

bles tous deux : l'âge des deux fillettes est le même exactement, la narine est la même chaque fois, la cause de l'obstruction est identique.

La narine droite, examinée, est remplie de mucosités; un stylet enfonce à peine de 4 centimètres. La rétraction produite par la cocaïnisation est insignifiante. Le galvano pénètre environ à 4 centimètres de profondeur : la muqueuse est fortement cautérisée, mais l'obstruction est si complète que la malade ne peut expulser la fumée produite.

L'examen rhinoscopique postérieur montre la choane droite présentant une sorte de muraille perpendiculaire à la cloison normale, et qui semble la continuer sans démarcation aucune. Trois semaines après la cautérisation, la rhinoscopie antérieure permet de constater l'aspect uni et rosé de la membrane, mais sans dépression ni saillie : la narine est remplie d'eau bouillie, mais pas une goutte ne tombe dans le pharynx; l'enfant est, du reste, dans l'impossibilité absolue de faire passer le moindre souffle par sa narine droite. L'électrolyse est remise à plus tard.

Une deuxième fillette de quatorze ans nous offre un aspect identique à la première : les mêmes expériences que sur la première fillette sont pratiquées et nous confirment l'indépendance absolue et l'obstruction complète de la narine droite.

A noter que le père de ces enfants est assez vigoureux et n'a rien de particulier du côté de son rhino-pharynx. (*Archiv. internat. de laryngo-oto-rhinol.*, n° 6, 1901.)

Dr Mercier Bellevue.

Du traitement de l'ozène par l'électrolyse cuprique (*The treatment of ozaena by cupric electrolysis*), par le Dr S. Yonge.

L'auteur a employé la méthode de Jouslain dans 15 cas d'ozène et a obtenu 2 guérisons, 5 améliorations persistantes et 6 améliorations passagères suivies à bref délai de récidive; dans 2 cas, le résultat du traitement a été nul. Tous les malades n'ont pas montré une égale tolérance à l'égard

de ce procédé : un malade se plaignait de légers vertiges et de quelques troubles généraux dus à l'emploi de l'électrolyse; quelques-uns se plaignaient de névralgies dentaires et faciales, et un malade d'un gonflement de la face. Chez deux enfants, l'électrolyse a causé une petite perforation de la cloison. Des courants de 5 à 10 milliampères provoquaient de la douleur et des sensations désagréables qui disparaissaient au bout de quelques minutes. (*The Lancet,* 9 nov. 1901.) TRIVAS.

N. B. — A l'électrolyse cuprique, dont les résultats sont incertains et l'application gênante et douloureuse pour les malades, nous préférons de beaucoup le massage vibratoire des fosses nasales. Ce procédé n'a aucun des inconvénients de l'électrolyse; employé régulièrement et avec méthode, il donne de bons résultats, et s'il ne guérit pas tous les cas d'ozène, il fait disparaître en peu de temps la fétidité et atténue notablement la formation des croûtes. T.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Quatre cas de nettoyage du sinus sphénoïdal pour polypes récidivants du nez *(Vier Fälle von Anräumung des Keilbeinhöhle bei recidivirenden Nasenpolypen)*, par le Dr GUYE.

Dans le premier de ces cas il s'agit d'un malade auquel l'auteur avait enlevé, en 1895 et 1897, des polypes qui, entre autres symptômes, provoquaient des maux de tête violents. Après chaque opération le malade allait bien, mais, en 1900, il eut une nouvelle récidive, et l'extraction des polypes ne procura cette fois qu'une amélioration partielle. Le malade resta pendant plusieurs semaines sans pouvoir travailler, et fut traité par d'autres médecins pour la neurasthénie. Après avoir ouvert, à l'aide de la cuiller tranchante et curetté le sinus sphénoïdal, selon la méthode de Zuckerkandl, on obtint une guérison complète et le malade se sentit, comme il disait lui-même, régénéré.

Le deuxième malade avait des polypes consécutifs à un empyème maxillaire d'origine dentaire. L'empyème, une fois ouvert et guéri, le malade allait bien. Mais il eut des récidives en 1892, 1893 et 1897, qui furent traitées selon le

procédé ordinaire. En 1901, nouvelle récidive accompagnée de maux de tête. Ablation de petits polypes, qui étaient situés sur la paroi antérieure du sinus sphénoïdal, ouverture et nettoyage du sinus, le tout suivi d'une guérison complète et définitive.

Le même résultat, et par le même procédé, a été obtenu dans le troisième cas.

Dans le quatrième, il s'agissait d'une jeune dame à laquelle on avait enlevé, un an auparavant, un polype; à la suite de cette intervention, elle guérit d'un catarrhe bronchique dont elle souffrait depuis longtemps. Le catarrhe ayant récidivé, on s'adressa à l'auteur qui a enlevé les quelques polypes qui existaient encore, et ouvert le sinus sphénoïdal. Guérison complète.

Dans aucun de ces quatre cas, l'auteur n'a jugé nécessaire d'amputer le cornet moyen, et il croit que, dans certains cas, ce sont les restes de polypes en rapport avec la cavité sphénoïdale qui constituent le point de départ des récidives des polypes du nez.

Dans aucun de ces cas il n'existait de symptômes du côté de l'œil. (Résumé par l'auteur *in Zeits. f. Ohrenheilk.*, t. XL, nos 2 et 3, 1901.) Dr S. JANKELEVITCH.

LARYNX ET TRACHÉE

Épingle de sûreté dans le larynx; extraction par la trachéotomie *(Safty pin in the larynx; removal by tracheotomy)*, par le Dr WALTER A. WELLS.

Il s'agit d'une jeune fille négresse, âgée de treize ans, qui a été admise à l'hôpital pour avoir avalé, huit jours auparavant, une épingle de sûreté ouverte, qu'elle tenait dans la bouche au moment de faire sa toilette. La malade avait la sensation nette de la présence de l'épingle dans le larynx, mais n'éprouvait aucune douleur, excepté un léger picotement pendant l'acte de la déglutition.

La voix était réduite à un simple chuchotement; les fonctions du larynx n'étaient pas autrement atteintes. Et, en effet, la jeune malade ne présentait aucun symptôme subjectif, point de gêne ni d'anxiété qu'on observe dans les cas de corps étranger de l'arbre respiratoire.

L'examen laryngoscopique révéla la présence de l'épingle, dont une extrémité se voyait entre la moitié postérieure des cordes vocales. Cette extrémité n'avait pas le capuchon ou le fermoir dont sont munies les épingles de ce genre et où vient se fixer la pointe. L'auteur supposa donc que si l'épingle était ouverte, sa pointe était dirigée en bas. Ce fut cette hypothèse qui l'a amené à vouloir extraire le corps étranger par la méthode endolaryngée et à en faire des tentatives nombreuses et réitérées, mais sans aucun succès. En présence de cet échec, M. W. Wells procéda à l'extraction de l'épingle par la voie extra-laryngée. Il ouvrit les deux premiers anneaux de la trachée et le cartilage cricoïde. L'opération mérite donc plutôt le nom de trachéo-laryngotomie que celui de trachéotomie. L'épingle a été trouvée ouverte, sa pointe dirigée en haut et non pas en bas comme on l'avait supposé, ce qui explique l'échec de l'opération endolaryngée. Après l'extraction du corps étranger, l'auteur a introduit une canule et suturé la plaie cutanée au-dessous. La malade retrouva complètement la voix trois jours après l'opération; la canule a été enlevée le quatrième jour. La guérison eut lieu sans complications, et la patiente quitta l'hôpital vingt-deux jours après son admission. (*Virginia med. Semi-Monthly*, 22 févr. 1901.) TRIVAS.

OREILLES

Contribution à l'étude de la thrombose du bulbe de la jugulaire *(Zur Thrombose des Bulbus venae jugularis)* (travail de la clinique Trautmann, Berlin), par le Dr STENGER.

Le bulbe de la jugulaire peut faire défaut complètement et la jugulaire s'aboucher presque en ligne droite avec un sinus latéral situé très en arrière; le plancher de la caisse, dans ce cas, sera naturellement très épais, de 7 à 15 millimètres, d'après les mensurations de l'auteur.

Quand le bulbe est moyennement développé, il se creuse dans le plancher de la caisse, qu'il amincira en proportion; le sommet du bulbe sera alors toujours situé plus haut que la partie tout inférieure du sinus.

Dans les cas, maintenant, où le bulbe prend un développe-

ment considérable, il se trouve placé en dessous et en arrière du labyrinthe, et entre en relation en avant et en haut avec le plancher de la caisse, la fenêtre ovale, et quelquefois la fenêtre ronde, et en arrière et en bas avec cette partie de la dure-mère cérébelleuse qui avoisine l'embouchure de l'aqueduc. Ses parois peuvent être très minces et même déhiscentes par places.

Notons encore que, plus le bulbe est développé et plus le sinus latéral est projeté en avant.

On comprend qu'un bulbe profondément creusé s'infecte plus facilement qu'un autre moins développé, à cause des relations de voisinage plus étendues avec la caisse. D'un autre côté, les cellules mastoïdiennes étant déjà très rétrécies par la projection du sinus, le pus fusera plus facilement en dedans, vers les régions dangereuses, qu'en dehors, vers la corticale externe. Enfin, ces bulbes, profonds et très développés sont un véritable lieu d'élection pour les thromboses : leur sommet étant situé plus haut que l'embouchure du sinus latéral, il s'y produit forcément une sorte de remous, de ralentissement du courant sanguin, qui ne peut être qu'un puissant appel à la formation d'un caillot en cas d'infection. L'auteur insiste particulièrement sur ce dernier point, et il croit que les thromboses localisées au bulbe sont plus fréquentes qu'on ne le croit ordinairement et qu'elles sont susceptibles d'un traitement plus direct que celui qu'on leur a opposé juqu'à ce jour. Ainsi, voilà une mastoïdite compliquée de phlébite. On ouvre le sinus au lieu d'élection et on n'y trouve rien, pas de caillot, pas de thrombus pariétal. Cependant, la pyohémie continue à évoluer comme avant l'intervention. Conclusion : on n'a pas mis à nu la section thrombosée et infectée. Où la chercher? Naturellement, là où elle a le plus de chance de se former, c'est-à-dire au niveau du bulbe, probablement très profond et de grandes dimensions. Il faut donc pénétrer jusque-là, réséquer la pointe de l'apophyse, récliner le facial et faire sauter la partie de l'os qui sépare le trou stylo-mastoïdien du golfe de la jugulaire, mettre à nu la veine à ce niveau, l'inciser et assurer un bon drainage. Il ne suffirait pas

d'après l'auteur, de faire seulement la ligature de la jugulaire, parce que l'on laisserait au-dessus de la ligature un abcès veineux profond qui, malgré tout, ne tarderait pas à filtrer à travers sa coque osseuse. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 3 et 4.) Dr BERTEMES.

Deux cas de corps étrangers du conduit auditif, par le Dr TOUBERT.

L'auteur cite deux observations intéressantes au point de vue de la tolérance prolongée de corps étrangers découverts par hasard et extraits tardivement et fort simplement.

Un soldat est adressé pour une laryngite catarrhale ancienne, mais la persistance de la pharyngite autour des orifices des trompes d'Eustache amène l'auteur à examiner l'oreille et l'audition.

L'examen fonctionnel pratiqué nous révèle une acuité auditive diminuée des deux côtés, mais surtout à droite. L'examen objectif montre, à droite, le conduit obstrué par un énorme bouchon de cérumen dur et noir, que l'on ne put extraire qu'après plus d'une semaine de traitement. Cela fait, un nouvel examen objectif laisse apercevoir, au fond du conduit, une masse allongée en forme de fuseau, d'où émergent des sortes de poils. Interrogé, le malade dit qu'à l'âge de onze ans, un corps étranger, que l'on crut être un perce-oreille, s'introduisit dans son oreille : il eut des vertiges, des vomissements, des maux de tête, qui disparurent au bout de quinze jours; depuis, le malade ne se plaignit jamais.

Avec la pince de Politzer, l'auteur put facilement extraire sans douleur, non pas un perce-oreille, mais un épi de graminée qui, sans aucun autre trouble, était resté pendant onze ans dans le conduit auditif de ce jeune malade.

Une deuxième observation du même auteur nous montre un soldat qui ignorait la présence et *a fortiori*, la date d'entrée d'un pois enfoui dans une gangue de cérumen.

L'auteur insiste sur la tolérance prolongée et parfaite de l'oreille pour certains corps étrangers du conduit involontairement abandonnés à eux-mêmes.

D'après lui, la chirurgie des corps étrangers du conduit n'est pas une chirurgie d'urgence, au contraire, car, même dans ces deux observations, on ne pourrait leur attribuer les lésions d'otite moyenne chronique constatées chez ces deux malades. (*Archiv. internat. de laryngo-oto-rhinol.*, n° 6, 1901.) Dr MERCIER BELLEVUE.

Deux observations de corps étrangers du conduit auditif, par le Dr CLAUDA, de Carcassonne.

L'auteur rapporte deux observations de corps étrangers, ayant séjourné vingt-cinq à trente ans dans le conduit auditif externe, sans aucun autre symptôme de leur présence qu'une surdité absolue mais momentanée de l'oreille intéressée.

Dans le premier cas, c'est une dent de la première dentition que l'on parvient à expulser à l'aide d'une simple injection d'eau chaude, précédée d'instillation de glycérine bicarbonatée.

Après l'expulsion du corps étranger, l'audition redevient normale.

Dans le second cas, l'examen de l'audition révèle une surdité absolue de l'oreille droite, dans laquelle se trouve depuis trente ans un petit caillou que l'on essaye d'extraire, mais en vain.

L'instillation de glycérine bicarbonatée suivie d'injections très chaudes amène au bout de vingt minutes l'expulsion du corps étranger. Audition parfaite.

L'auteur insiste dans ses conclusions sur ce double fait : 1° un corps étranger pourrait rester des années dans un conduit auditif sans amener d'autres troubles qu'une surdité momentanée; 2° dans la majorité des cas, les injections d'eau chaude donneraient les meilleurs résultats. (*Archiv. internat. de laryngo-oto-rhinol.*, n° 6, 1901.)

Dr MERCIER BELLEVUE.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 13. 29 MARS 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

PROTHÈSE PAR LES INJECTIONS DE PARAFFINE
(PROCÉDÉ D'ECKSTEIN)

Par le Dr CHOUSSAUD.

Vers la fin de septembre 1900, le Dr Gersuny, de Vienne, faisait paraître un article dans le *Zeitschrift für Heilkunde* sur une méthode nouvelle de prothèse par des injections de vaseline.

« Si on liquéfie, disait-il, par la chaleur, de la vaseline qui, à la température du corps, a la consistance d'un onguent, et si, au moyen d'une seringue de Pravaz, on l'injecte dans un tissu dilatable du corps humain, il se produit, à l'endroit où a été faite l'injection, une tumeur ronde dont le volume correspond à la quantité de vaseline injectée. La réaction du tissu qui en résulte est pour ainsi dire insignifiante, et la masse reste apparemment invariable là où elle a été injectée. »

Cet auteur avait constaté le fait depuis « bien des années » à l'occasion de certains procédés thérapeutiques, mais il n'avait jamais songé à en tirer des conclusions pratiques en vue d'autres résultats. Il reprit ces expériences et il eut l'idée très ingénieuse d'en tirer parti pour remédier à certaines difformités acquises ou congénitales, ou même à des troubles fonctionnels de cause purement mécanique.

Il employa une vaseline blanche, préparée par un mélange de paraffine solide et de paraffine liquide, ayant la consis-

tance de l'*axongia porci (unguentum paraffini)* et fondant à 40° centigrades. Avant de l'employer, on la stérilisait au bain-marie. Lorsqu'elle était suffisamment refroidie, tout en étant encore liquide ou semi-liquide, on l'aspirait avec une seringue de Pravaz munie de son aiguille ordinaire et préalablement chauffée, et on l'injectait dans les tissus sous-dermiques ou sous-muqueux, en procédant comme pour les injections hypodermiques courantes. Pour rendre ces injections indolores, on insensibilisait le champ opératoire avec quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 5 o/o.

Cette méthode nouvelle de prothèse fut employée fréquemment par Gersuny lui-même avec plein succès, et de nombreux opérateurs, encouragés par les résultats obtenus déjà, imitèrent l'exemple du chirurgien viennois et firent les applications les plus variées de son procédé. Nous n'entrerons pas dans de grands détails au sujet des cas traités ainsi : qu'il nous suffise de dire que, d'après une statistique faite par nous, il est établi que cinquante-trois interventions de ce genre ont été publiées jusqu'à ce jour dans divers journaux médicaux français ou étrangers, soit simplement cités, soit accompagnés de commentaires sur la méthode de l'auteur viennois.

Cependant l'accord ne fut pas parfait entre les expérimentateurs : il y eut quelques résultats négatifs et des discussions furent soulevées sur différentes questions touchant le principe ou les détails du procédé de prothèse par la vaseline.

D'abord, deux cas très nets d'embolie, notés par Pfannenstiel et Kapsammer, démontrèrent que l'intervention n'était pas dépourvue de tout danger. Cette complication fut attribuée au fait que la vaseline de Gersuny reste liquide pendant quelques heures avant de se solidifier et peut, par suite, fournir des embolies graisseuses analogues à celles observées par les syphiligraphes à la suite des injections de sels de mercure insolubles.

Ensuite, un épanchement de la vaseline dans le voisinage

du point injecté était à craindre. Gersuny lui-même dit que cette infiltration était bien possible, tout au moins pendant les quelques heures qui suivaient l'injection et pendant lesquelles la vaseline, encore liquide, soumise à la pression ou à la contraction des tissus environnants, pouvait fuser dans les tissus interstitiels voisins et ne pas rester tout entière en place. A ce point de vue, Delangre constata un tassement, un affaissement de la tumeur artificielle produite par l'injection dans certains cas où il fut obligé d'intervenir une seconde fois. « Ce fait, dit-il, est dû surtout à une émigration, à une infiltration de la vaseline, favorisée par la contraction musculaire voisine et par la plasticité même du produit. »

De plus, le point de fusion de la vaseline de Gersuny était peu élevé relativement à la température normale du corps humain, alors que, sous l'influence d'une foule de maladies, un individu peut présenter une température égale ou même sensiblement supérieure à celle du point de fusion de la vaseline incluse dans les tissus.

Pour ce qui concerne le sort définitif de la vaseline injectée dans l'organisme, des discussions nombreuses furent soulevées sur ce sujet, et leur ensemble n'est pas en faveur de la méthode du chirurgien viennois. Différents auteurs, entre autres Stein, Delangre, Broeckaert, Eckstein et Gersuny lui-même, constatèrent que le bloc de vaseline injectée était traversé par des trabécules connectifs, donnant lieu à un fin réticulum emprisonnant dans ses mailles des globules de la masse injectée. Le Dr Stein vit même se produire la substitution d'un tissu conjonctif bien défini à la vaseline. Enfin, Broeckaert et Eckstein constatèrent la disparition, dans l'*unguentum paraffini* de Gersuny, de la paraffine liquide, alors que seule persistait la paraffine solide. On voit donc les inconvénients que cette résorption lente présentait au point de vue des résultats éloignés des interventions.

C'est à ce moment que le Dr Eckstein, de Berlin, reprit l'étude de cette question si intéressante et si moderne. Il

rechercha une paraffine dont les caractères fussent tels que la méthode ne pût présenter aucun inconvénient au point de vue des résultats immédiats ou médiats.

Après des recherches minutieuses, Eckstein parvint à résoudre le problème ainsi posé, et le Dr Broeckaert, à qui l'auteur avait fait part de sa découverte, faisait paraître, le 7 décembre 1901, dans cette même *Revue* du Dr Moure, un fort intéressant article intitulé : « Prothèse nasale au moyen d'injections de paraffine solide d'après le procédé d'Eckstein. » Ce fut la première fois que la méthode de notre confrère berlinois fut exposée dans un journal médical. Nous ne la connaissons que par cet article; dans quelque temps, Eckstein fera paraître son travail dans tous ses détails.

M. le professeur Moure, au cours d'un voyage à Berlin qu'il fit à cette époque, put se familiariser avec la méthode de ces injections de paraffine, et c'est ainsi qu'à son retour il en fit l'application dans deux cas que nous verrons plus loin.

Le produit d'Eckstein est vraisemblablement une paraffine pure, homogène. Elle est solide, à texture cristalline, blanche, faiblement grasse au toucher et fond à 61° centigrades.

On sait que dans la série des hydrocarbures saturés, dont la formule générale est C^nH^{2n+2}, le premier terme est le méthane ou gaz des marais, CH^4, et l'un des derniers la paraffine. Entre ces deux corps se trouvent les intermédiaires dont les premiers sont gazeux, les moyens liquides et les derniers solides.

Le point d'ébullition des hydrocarbures liquides s'élève au fur et à mesure qu'on monte dans la série, en même temps que la consistance du corps change, et de liquide devient fluide, puis solide. C'est ainsi que la vaseline n'est qu'une huile paraffinée, de consistance molle, ou une dissolution de paraffine dans des hydrocarbures liquides, avec un point de fusion relativement peu élevé, de 38° à 40°.

La paraffine pure, au contraire, un des derniers homologues de la série, est solide et fond à une température bien supérieure, 60° à 65°. On voit donc que si ces deux substances présentent les mêmes propriétés générales au point de vue chimique, elles diffèrent nettement l'une de l'autre — et c'est là le point important pour la question traitée ici — quant à leur consistance et leur point de fusion.

C'est, évidemment, une modification des plus importantes que celle apportée ainsi par le Dr Eckstein à la méthode générale de Gersuny. Injectée dans un milieu à température de beaucoup inférieure à la sienne, la paraffine d'Eckstein se refroidit presque instantanément; elle reste ainsi en place là où elle a été injectée et y reste dans un état de consistance telle que ni les contractions des muscles du voisinage ni les attouchements divers ne peuvent produire son émigration.

Ce même caractère de rapide solidification supprime également, pour les mêmes raisons que plus haut, tout danger d'embolie avec ses complications.

De plus, la paraffine de l'auteur berlinois, fondant à 65°, présente l'avantage d'être soustraite à l'influence des variations possibles de température du corps humain et d'assurer ainsi pour l'avenir un succès durable.

L'anatomie pathologique a enfin démontré que le produit de notre confrère berlinois, une fois injecté dans l'organisme, s'entourait d'une sorte de membrane kystique, sans éléments cellulaires ni vaisseaux, était ainsi nettement séparé des tissus voisins et ne trouvait aucune porte ouverte à l'absorption et à la résorption.

La température élevée à laquelle on injecte le produit pourrait provoquer, semble-t-il, la thrombose des veines voisines et déterminer des embolies; l'objection a, d'ailleurs, été faite par Pfannenstiel. Il n'en est rien, et les expériences de Broeckaert et d'Eckstein sont venues démontrer le contraire.

Quant aux brûlures que l'injection pourrait produire, la

clinique nous apprend que jamais cet accident n'a eu lieu, et que les tissus ont conservé toute leur vitalité.

De plus, il semble qu'on ne peut impunément injecter une certaine quantité d'un liquide qui va se solidifier instantanément, sans provoquer une compression brusque des vaisseaux voisins et occasionner ainsi une mortification des tissus. Nous voyons encore que ces craintes ne sont pas fondées : tout se borne à un léger œdème, dû à la compression des vaisseaux lymphatiques, et, dans les cas où cet œdème paraissait inflammatoire et était accompagné de douleur, on a pu constater que ces phénomènes étaient très fugaces et disparaissaient au bout de quelques jours.

Quant à la technique opératoire d'Eckstein, nous ne la connaissons pas parfaitement : nous donnerons quelques renseignements seulement à ce sujet, en attendant que l'auteur ait publié son travail. On fait fondre au bain-marie la paraffine d'Eckstein, stérilisée à l'avance. D'autre part, on emploie une seringue de moyenne grandeur, à montures bien jointes, dont le piston est à frottement dur, et au bout de laquelle se visse l'aiguille. Le tout est maintenu à la température convenable. On aspire la paraffine liquide, et il est nécessaire, dès l'instant où la seringue a été remplie, d'agir très promptement pour éviter le refroidissement et, par suite, la solidification du produit. Pour prévenir ce fâcheux contretemps, il est bon d'entourer le corps de la seringue d'un tube de caoutchouc et de passer l'aiguille deux ou trois fois dans la flamme d'une lampe à alcool pour la surchauffer momentanément.

Si nous tirons des conclusions de tout ce qui précède au sujet de la nouvelle méthode d'Eckstein, nous constatons que la paraffine de cet auteur, tout en étant, comme la vaseline, un corps neutre non toxique, présente sur cette dernière des avantages incontestables à plusieurs points de vue :

Elle se solidifie rapidement; par suite, elle ne s'épanche pas dans le voisinage et ne produit pas d'embolie; la tempé-

rature de son point de fusion est sensiblement supérieure à la température normale ou anormale du corps humain; elle reste tout entière en place et ne se résorbe nullement.

On conçoit facilement l'importance d'une méthode ainsi transformée pour les services sans nombre qu'elle peut rendre au point de vue esthétique ou utilitaire, en remédiant aux déformations du corps humain.

Le procédé d'Eckstein a reçu déjà de nombreuses applications, mais très peu ont été publiées; les seules que nous connaissons sont celles que le Dr Broeckaert a fait paraître dans la *Revue* du Dr Moure, en décembre 1901.

Nous allons rendre compte de deux observations prises à la clinique laryngologique de M. le professeur Moure, que nous ferons suivre de quelques considérations au sujet de certaines interventions faites ou à faire dans le domaine de la spécialité.

Observation I. — *Ensellure du nez.*

Mme A. A..., trente-huit ans, sans profession, est soignée à la clinique depuis longtemps pour des accidents syphilitiques. Le mois dernier, cette femme revint à la consultation pour du coryza aigu. Elle présentait une ensellure profonde du nez, par suite de la destruction de la cloison, consécutive à des ulcérations syphilitiques. L'ensellure était encore accentuée par des cicatrices qui rendaient la peau adhérente aux parties sous-jacentes et déterminaient un sillon profond qui séparait transversalement le nez en deux parties. La malade accepta l'intervention qu'on lui proposait. On fit à plusieurs reprises de vaines tentatives d'injection : la paraffine ne pouvait pas pénétrer dans l'épaisseur de ces tissus sclérosés. Quelques jours plus tard, on débrida les cicatrices pour obtenir de meilleures conditions d'opération, mais le résultat ne répondit pas à l'attente. Les tissus, durs, nullement souples, ne pouvaient se soulever sous l'influence de la poussée de paraffine, laquelle sortait, d'ailleurs, en partie, par l'orifice créé pour le débridement. De plus, la malade, atteinte de coryza purulent, infecta la petite plaie : la suppuration s'établit et dura jusqu'à ce que la paraffine incluse, qui s'échappait alors avec le pus par grumeaux, fut évacuée tout entière. A ce moment, la plaie se cicatrisa, le trou formé par la canule se referma aussitôt, et la malade sortit de l'hôpital, bien

décidée, d'ailleurs, à revenir dans quelque temps pour une nouvelle tentative.

Obs. II. — *Ensellure du nez.*

Le second cas est celui d'un jeune homme J. B..., sans profession, âgé de vingt-deux ans. C'est un hérédo-syphilitique. Il a eu

Fig. 1. — Avant

autrefois des accidents multiples du côté du nez, des yeux et des oreilles, une synéchie complète du voile du palais au pharynx, opérée par le professeur Moure, il y a deux ans, et, en outre, une destruction presque totale de la cloison et des cornets. De ce dernier fait, le malade présente une ensellure considérable du dos du nez. Ce jeune homme, soigné pour ces divers accidents en 1900 et revu en 1901 pour une otite séro-purulente, n'avait pas reparu depuis. Nous pûmes le retrouver à l'hospice de Pellegrin où il était en convalescence d'une pleurésie, et quelques jours après, nous le présentâmes à la clinique pour l'ensellure du nez dont il était affligé. On lui fit comprendre l'innocuité de l'intervention, le béné-

fice qu'il pouvait en retirer, et il se décida à subir la petite opération proposée.

Elle fut pratiquée le 8 février 1902 par M. le professeur Moure. La région ayant été soigneusement aseptisée, on lui fit lentement une injection de la paraffine d'Eckstein dans un pli de la peau du dos du nez, pendant qu'un aide appuyait avec le pouce et l'index sur

Fig. 2. — Après.

la racine du nez pour empêcher la fusion vers le haut. La canule fut maintenue ensuite en place, pendant que l'opérateur modelait la paraffine logée sous la peau et lui donnait, pendant qu'elle se refroidissait, une forme convenable.

En quelques instants, la transfiguration fut frappante : le nez, qu'on avait vu se redresser lentement au fur et à mesure que l'on poussait le liquide, apparaissait maintenant avec une forme normale, et l'ensellure profonde était remplacée par une arête, rigide déjà, qui donnait à l'organe un aspect des plus satisfaisants.

La douleur, assez vive au moment de l'opération, diminua ensuite d'intensité, persista pendant quelques jours et disparut entière-

ment. Il y eut également un peu d'œdème, surtout du côté droit, puis tout se dissipa. Cinq jours après, la petite croûtelle qui résultait de la plaie créée par la piqûre de la canule se dessécha et tomba : le malade ne ressentait alors aucune douleur, l'œdème avait disparu, et, à la palpation, on sentait nettement la matière injectée ayant la consistance d'un cartilage et formant une sorte de squelette artificiel sur lequel se mouvait la peau, laquelle avait conservé sa couleur et sa vitalité.

Le malade et sa famille sont très satisfaits du résultat esthétique obtenu, et, comme il persiste encore une légère concavité de l'arête du nez, le jeune homme est tout disposé à se faire pratiquer une nouvelle injection pour obtenir une forme parfaite.

Des photographies ont été prises avant et après l'opération. On peut juger du résultat obtenu.

De la relation de ces deux cas, il ressort que l'injection se fait difficilement quand on enfonce l'aiguille dans des cicatrices, même ces cicatrices auraient-elles été débridées préalablement; car nous voyons qu'il y a encore certaines précautions à prendre pour que le liquide ne reflue pas en arrière, par l'orifice d'entrée de la canule ou par la petite plaie créée pour le débridement.

Il est bon, par contre, de remarquer que, dans le second cas, le succès a été complet parce que le malade ne présentait au nez aucune cicatrice; à ce point, la peau était, au contraire, très lâche, très mobile sur les plaies sous-jacentes, et la paraffine n'a eu, pour ainsi dire, qu'à combler le vide naturel créé par la destruction de la cloison.

Si nous considérons maintenant quelques indications du procédé qui présentent pour nous un intérêt spécial, nous voyons que la méthode a été appliquée pour obturer les fistules mastoïdiennes. consécutives à certains traitements des inflammations chroniques de l'oreille moyenne. Le Dr Alt, de Vienne, a déjà employé les injections de vaseline dans un cas de ce genre et avec succès. Nous n'avons pas eu à utiliser ce procédé de prothèse, malgré le grand nombre d'opérations pratiquées sur l'apophyse mastoïde à la clinique

d'otologie, parce que, dans ces cas, M. le professeur Moure, au lieu de laisser ouverte la plaie en arrière et en attendre la lente cutanisation, suture immédiatement cette plaie et continue le traitement en faisant des pansements directement par le conduit. Cette méthode, que M. le professeur Moure emploie d'une façon systématique dans les interventions de ce genre, lui a toujours donné les résultats les plus satisfaisants. De plus, il n'y a pas à craindre d'infection par une plaie constamment ouverte en arrière; toute possibilité de fistule est écartée, et enfin, quand, au bout de quinze jours, environ, on enlève le pansement extérieur au malade, il ne reste plus qu'une cicatrice linéaire, nullement déprimée, qui, s'effaçant chaque jour davantage, bientôt devient imperceptible. L'auteur de ces lignes a subi une cure radicale d'un cholestéatome et il ne porte aucune trace visible de l'ancienne opération derrière l'oreille, et ce n'est qu'avec la plus grande attention qu'on parvient à distinguer une petite ligne blanche dans le sillon rétro-auriculaire... Malgré donc tout l'avantage que peut procurer la prothèse par la paraffine, il serait mieux encore, nous semble-t-il, de recourir au procédé opératoire du professeur Moure, qui donne des résultats immédiats et éloignés beaucoup plus satisfaisants.

Dans le même ordre d'idées, on pourrait appliquer le procédé d'Eckstein pour remédier aux déformations consécutives aux sinusites frontales. Dans ces cas, il arrive, ou bien qu'une fistule s'établit par ouverture spontanée au dehors de l'abcès intra-sinusien, ou bien qu'après un curettage de ces cavités, l'opérateur laisse la plaie ouverte et attende sa cutanisation. Ici, à la clinique laryngologique, la plaie est suturée immédiatement et il ne reste ensuite qu'une cicatrice légère, dissimulée totalement, plus tard, par le sourcil. Nous n'avons donc pu trouver, à ce point de vue, à appliquer la prothèse par la paraffine. Cette méthode ne pourra être utilisée dans ces cas de sinusites frontales que par les chirurgiens qui laissent la plaie ouverte après l'opé-

ration et obtiennent ainsi, plus tard, des dépressions fort disgracieuses. Nous ferons remarquer que l'application de la prothèse, en pareille matière, ne pourra donner de meilleurs résultats que ceux obtenus par le traitement chirurgical (cure radicale d'Ogston-Luc) dont la mise en pratique par le professeur Moure est absolument satisfaisante au point de vue esthétique. Il est bon de noter aussi que, dans le cas où une injection serait faite, l'opérateur devrait s'informer si la table interne des sinus est intacte ou non, afin de ne pas pousser l'injection dans le crâne.

Du côté de la tête, d'autres indications se présentent encore où l'application de la méthode d'Eckstein peut rendre les plus grands services en rendant à la figure humaine la forme normale qu'elle avait perdue.

C'est ainsi qu'à la face on peut relever les cicatrices déprimées ou les difformités consécutives à des traumatismes, plaies, furoncles, suppurations ganglionnaires, résections osseuses.

Au nez, dont l'aspect normal aura été plus ou moins modifié par des traumatismes, tumeurs, lésions vulgaires ou spécifiques, l'application de cette prothèse a déjà donné et peut donner encore d'excellents résultats.

On est arrivé même (le cas est du Dr Alt, de Vienne) à reconstituer un pavillon d'oreille qu'une périchondrite antérieure avait recroquevillé et rapetissé.

Il est à souhaiter qu'on emploie encore la méthode des injections de paraffine comme complément du traitement chirurgical du bec-de-lièvre. En effet, dans ce cas, il se produit parfois un étirement des tissus, de sorte que la lèvre se trouve réduite à une lame mince, composée de la peau et de la muqueuse, sans tissu intermédiaire.

Un cas analogue a été observé par le Dr Delangre, à propos de l'extirpation d'un épithéliome de la lèvre inférieure, et l'injection de quelques centimètres cubes de paraffine rendit à la lèvre une épaisseur convenable, ce qui permit au

malade, débarrassé ainsi d'une cicatrice vicieuse, de mieux prononcer les labiales.

Nous ne saurions mieux faire, pour terminer, que de citer les réflexions du Dr Broeckaert à propos de la méthode d'Eckstein.

« La méthode des injections interstitielles de paraffine, disait-il, constitue une des plus élégantes acquisitions de la chirurgie moderne. Applicable aux cas les plus divers, elle devient, entre les mains d'un chirurgien qui a quelques notions de l'esthétique, d'un puissant secours pour réparer un grand nombre de malformations de la figure humaine. Au lieu de ces opérations minutieuses plastiques ou autoplastiques, il suffit dorénavant d'introduire sous la peau quelques centimètres cubes de paraffine pour voir disparaître comme par enchantement ces défauts de la nature. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 25 mars 1901.

M. H. F. Waterhouse. — **Un cas de pyohémie du sinus latéral et d'abcès cérébelleux** *(A case of lateral sinus pyoemia and cerebellar abcess).*

Le malade descendait d'une famille de tuberculeux et était atteint d'un écoulement d'oreille presque depuis sa naissance. Tout dernièrement, coxalgie et abcès périmastoïdien. Quinze jours avant son admission à l'hôpital, le patient fut pris de surdité, suivie, à quatre jours d'intervalle, de pyrexie, de céphalées frontales et de frissons répétés; pas de vomissements ni de névrite optique; l'écoulement d'oreille a cessé. A l'admission à Charing Cross Hospital, la température s'élevait à 40°; il y avait un léger écoulement d'oreille. Fond de l'œil normal. Pas de douleurs du crâne, excepté peut-être une légère gêne à la partie postérieure de la tête. On porta le diagnostic de pyohémie septique du sinus latéral. Quelques jours après, douleurs et souffles cardiaques, suivis de symptômes d'invasion pulmo-

naire. Dix jours après l'entrée du malade à l'hôpital, exploration du sinus latéral gauche, qui a été trouvé thrombosé et contenant du pus. Le sang, examiné quelques jours plus tard, contenait des streptocoques. Dans l'espace de six semaines, le malade s'améliora considérablement, mais tout d'un coup il fut pris de céphalées et de délire. Il paraissait y avoir une légère faiblesse dans la main gauche; le réflexe rotulien du même côté était exagéré et il y avait de la trépidation épileptoïde. De temps à autre vomissements; double névrite optique très accusée. État comateux, respiration de Cheyne-Stokes avec 50 pulsations à la minute. On procéda à une nouvelle opération, mais pendant la narcose arrêt de la respiration ayant nécessité la respiration artificielle. Pas de pus dans le lobe temporo-sphénoïdal, mais une seringue exploratrice poussée à travers la tente du cervelet ramena du pus. On procéda immédiatement à l'ouverture du crâne, au niveau de l'hémisphère cérébelleux gauche, et il s'échappa à travers l'orifice plusieurs drachmes de pus. Le pouls s'améliora aussitôt, et, au bout de quelques jours, il y eut une amélioration dans l'état général du malade; mais, en revanche on vit apparaître des troubles de la parole et une paralysie du muscle droit externe. Le malade a été exéaté quatre mois après son admission, complètement guéri, et, à l'heure actuelle, il continue sa profession de dentiste.

L'auteur attribue les troubles de la parole à quelque traumatisme du cerveau pendant la respiration artificielle; quant à la parésie de la main, elle ne s'explique guère au point de vue des localisations. (D'après *British med. Journ.*, 30 mars 1901.)

TRIVAS.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE DE MUNICH

Séance du 6 mai 1901.

M. le professeur SCHECH, président.

M. GRUNWALD fait une communication sur le **traitement du phlegmon du pharynx**. L'auteur est d'avis qu'on devrait rarement appliquer le galvanocautère aux parois postérieure et

latérale du pharynx. Il lui préfère de beaucoup l'acide trichloro-acétique. Dans l'amygdalite lacunaire chronique, le meilleur moyen est de fendre les lacunes.

M. Neumayer. — Des modifications dans la pression de l'air dans les cavités accessoires du nez.

Les expériences ont porté sur les cas où l'antre avait été ouvert par l'alvéole. Un manomètre à eau a été mis en communication avec l'intérieur de la cavité, et les changements de pression étaient enregistrés pendant la respiration calme et profonde, d'abord les narines étant toutes les deux ouvertes, et ensuite l'une ouverte et l'autre fermée.

Pendant les mouvements de respiration calme les narines étant ouvertes, on nota une augmentation légère, mais manifeste, de la pression à l'expiration. La pression était négative à l'inspiration et positive à l'expiration; la différence s'élevait à environ 8 millimètres d'eau. Pendant les mouvements profonds de respiration, la différence était beaucoup marquée; la fermeture d'une narine accentuait encore davantage l'effet et portait la différence entre l'inspiration et l'expiration à 260 millimètres d'eau. L'éternuement élevait la pression encore plus haut, à 370 millimètres. Quand on retenait la respiration, on observait une légère différence à chaque systole cardiaque, de 2 à 4 millimètres d'eau, due, sans doute, à une réplétion des vaisseaux de la muqueuse pendant la systole. L'échange de gaz entre le nez et les cavités accessoires est évidemment très léger pendant une respiration ordinaire. Les variations de pression peuvent quelquefois faire défaut, quand l'orifice du sinus maxillaire est temporairement fermé, selon toute apparence, par un mécanisme quasi valvulaire.

M. Grunwald a souvent observé ce mécanisme quasi valvulaire pendant les lavages de l'antre. L'occlusion temporaire de l'orifice sinusien peut être augmentée par une injection poussée trop violemment.

Séance du 10 juin 1901.

M. SCHAEFER. — **Du traitement des fibromes naso-pharyngiens.**

Relation de cinq cas, avec description de la méthode de Partsch appliquée avec succès à l'un d'eux. Voici, brièvement résumée, la description de ce procédé :

Au-dessous du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, on pratique une incision allant de la seconde molaire d'un côté au même point du côté opposé et divisant la muqueuse près de son angle de réflexion. Les parties molles sont séparées de l'os, qui est alors divisé tout autour des racines des dents. La cloison est ensuite réséquée avec un large ciseau juste au-dessus du plancher du nez. Les maxillaires supérieurs se trouvent ainsi divisés jusqu'aux tubérosités. Il suffit alors d'exercer des pressions modérées sur toute la voûte palatine et l'arcade alvéolaire pour obtenir un large accès vers la tumeur. Les parties étant remises en place, la muqueuse est réunie par une suture continue. Dans le cas de Schaefer, l'union a été complète au bout d'un mois.

M. SCHECH. — 1° **Lésion du vague à la suite d'une tentative de suicide par un coup de revolver dans la bouche.**

Après la guérison, le malade se plaignait d'enrouement et de gêne de la déglutition ; la moitié gauche de la gorge a été trouvée relativement insensible ; les mouvements d'élévation de l'épaule gauche étaient difficiles. La balle n'a pu être localisée, mais il était évident qu'elle siégeait près du foramen jugulaire et comprimait l'accessoire du vague.

2° **Spasmes cloniques des muscles des mâchoires, de la langue, etc., chez une femme de cinquante-six ans.**

En 1899, la malade présentait de la dyspnée due à une action irrégulière des cordes vocales. Le trismus des maxillaires était incessant et si fort que des dents s'ébranlèrent. Les spasmes cessaient la nuit pendant le sommeil. L'auteur considère le cas comme d'origine hystérique.

3° Sténose cicatricielle du larynx apparemment consécutive à la coqueluche.

Les cordes étaient presque en position médiane et se rapprochaient à l'inspiration. L'un des aryténoïdes était immobile. A la paroi postérieure se voyait une masse de tissu granuleux très dur. La voix était normale. Après une trachéotomie, on fit des tentatives de dilatation par des bougies, sondes, incisions, curettages, etc.; mais toutes ces manœuvres sont restées sans résultat aucun.

Séance du 4 novembre 1901.

M. Riedl. — Un cas de syphilis héréditaire du pharynx et du larynx.

Le malade, âgé de vingt-quatre ans, avait de larges ulcérations du palais dur et du voile, des amygdales, de l'épiglotte et de la paroi postérieure du pharynx. Les vertèbres étaient à nu sur une étendue d'une pièce d'un schelling. Après la guérison des ulcérations, il se produisit une adhérence du voile et de l'épiglotte à la paroi postérieure du pharynx, au point que l'entrée du larynx et de l'isthme du gosier était réduite à un tout petit orifice. La respiration et la déglutition étaient fortement compromises.

M. Hecht recommande l'électrolyse.

M. Grunwald croit que trois ou quatre séances avec un très fort courant détruiront la membrane supra-laryngée; il laisserait ce qui reste du palais sans y toucher.

M. Haug. — **Anesthésie locale du conduit auditif externe.**

L'auteur trouve la formule de Gray ce qu'il y a de mieux : 5 grammes de cocaïne, dissoute dans alcool et huile d'aniline ãã, 5 grammes.

Trivas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE[1]

Séance du 18 décembre 1901.

M. R. C. Myles, président.

M. A. B. Duel (pour M. W. K. Simpson). — **Ulcération tuberculeuse de l'épiglotte** *(Tubercular ulceration of the epiglottis).*

Il s'agit d'un bomme atteint de tuberculose depuis deux ans. Dans l'espace des trois ou quatre derniers mois, le malade devint très enroué, et, il y a dix jours, en raison d'une violente dyspnée, on dut pratiquer la trachéotomie. L'examen laryngoscopique a fait constater une induration étendue de l'épiglotte. Aucun anesthésique n'a été employé.

M. E. Mayer pense que l'élément de danger dans ces cas est dans l'administration d'un anesthésique.

M. Freudenthal dit qu'il comprend qu'on ait recours à la trachéotomie quand la tuméfaction de l'épiglotte est telle qu'elle rend cette opération nécessaire; mais, dans le cas actuel, cette tuméfaction ne lui paraît pas assez prononcée pour avoir nécessité une trachéotomie.

M. R. C. Myles préconise, dans cette catégorie de cas, une injection sous-cutanée d'une solution à 4 o/o de cocaïne, qui rend l'opération pratiquement indolore.

M. J. F. Mc Kernon. — **Adénite tuberculeuse péritrachéale** *(Tubercular glands about trachea).*

L'auteur relate le cas d'une jeune fille qui, il y a quelques mois, avait eu une tuméfaction sur le côté droit du larynx. On porta le diagnostic d'adénite. Des applications extérieures furent employées, et elles eurent pour résultat une ulcération de la peau et la formation d'un trajet fistuleux qui conduisait dans la glande. Quand l'auteur examina la malade, il existait une suppuration fétide par la plaie, jusqu'au niveau du deuxième anneau de la trachée. Toute la masse s'étendait en bas, par-

1. D'après *The Laryngoscope,* nº 1, janvier 1902.

déssus la partie antérieure de la trachée. Le pus a été examiné avant l'opération et on y découvrit le bacille de la tuberculose. Une incision a été pratiquée le long de la trachée, sur le côté droit, et le ganglion enlevé. Ce dernier mesurait 3 pouces et quart de long sur 1 pouce trois quarts de large. Toute la masse consistait en un véritable tissu tuberculeux. Plusieurs autres petits ganglions ont été enlevés. La réunion eut lieu par première intention et ne laissa qu'une cicatrice linéaire. Plusieurs médecins, cliniciens habiles, ont examiné la malade et n'ont trouvé aucun signe de tuberculose pulmonaire.

M. R. C. Myles. — Un cas de sinusite frontale double *(A case of double frontal sinus disease).*

La malade a été opérée trois fois : les deux premières opérations ont amené une amélioration temporaire; mais, peu après, elle fut prise de violents accès de douleurs, avec gonflement de la face; en même temps il s'est établi un écoulement purulent par un trajet fistuleux. La malade eut plusieurs attaques d'hématémèse qui ont empêché le traitement de la sinusite. Il y a quinze jours, sous la narcose générale, l'auteur pratiqua la double opération et trouva deux abcès séparés chacun de la ligne médiane d'environ 1 pouce et demi. L'ouverture des abcès a laissé échapper du pus grumeux et des gaz. On a dû enlever l'os assez haut, car la malade avait un très petit canal naso-frontal, qui était obstrué sur une longueur de 1 pouce. M. Myles agrandit le canal à l'aide d'une tréphine et d'un ciseau de dentiste. Il enleva une bonne partie de l'apophyse nasale du maxillaire, ce qui permit d'introduire un drain aussi gros que possible. Le résultat final de l'opération a été bon.

M. T. J. Harris dit que ce cas lui rappelle quelques-uns de ceux qui ont été relatés par Kuhnt. Le procédé opératoire de ce dernier consiste, en effet, à oblitérer complètement la paroi antérieure et à fermer aussitôt la plaie sans tamponner, mais en laissant seulement à l'extrémité interne de l'incision horizontale un petit orifice pour l'introduction d'un drain. Selon Kuhnt, en établissant un drainage par le nez, on fait courir au malade les dangers d'une injection. Il affirme qu'après un laps de temps, variant en moyenne de trois à six semaines, tout le sinus se remplit de tissu granuleux et que la

dépression qui s'était formée après l'opération s'oblitère. L'été dernier, M. Harris a opéré d'après ce procédé un cas appartenant au Dr Hubbard ; il enleva la plus grande partie de la paroi antérieure, et la déformation qui en était résultée était de très peu d'importance. La guérison eut lieu au bout d'un mois.

M. Francis Quinlan appuie la manière de voir de M. Harris. Il y a près de deux ans, il a présenté, à cette section de l'Académie, un malade auquel il avait entièrement enlevé les parois antérieures des deux sinus. Dans l'espace de six semaines, la cavité s'est remplie d'une masse de tissu presque aussi dur que de l'os. Dans les quatre cas opérés par lui depuis, il a fait chaque fois une cure radicale, et les résultats ont été excellents.

M. T. Passmore Berens dit que, jusqu'à présent, on n'a fait aucune distinction entre les cas où le sinus était rempli de tissu granuleux ou était le siège d'une nécrose étendue, et ceux où la muqueuse n'était que légèrement hyperémiée. Dans ce dernier cas, on peut par un tamponnement obtenir la guérison de la membrane muqueuse, et un drainage par le nez rétablira largement les fonctions du sinus frontal. Ce n'est que dans les cas extrêmes, quand l'infundibulum et les parois osseuses sont nécrosés, qu'il existe beaucoup de fongosités ou que la muqueuse est malade, voire même détruite, alors seulement il est nécessaire de pratiquer un curettage complet de tous les tissus malades, et il importe peu qu'il y ait ou non occlusion totale. M. Berens relate ensuite un cas où le sinus s'était rempli de tissu aussi dur que de l'os, comme dans le cas de M. Quinlan, mais sans déformation ni suppuration.

M. J. J. Concanon. — **Sténose cicatricielle du pharynx** *(Cicatricial stenosis of the pharynx).*

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, qui s'est présentée à la clinique il y a une quinzaine de jours. Elle était pâle, amaigrie, respirait avec un bruit de sifflement à l'inspiration et articulait d'une voix si faible qu'on pouvait difficilement distinguer les mots. Depuis deux mois la malade ne pouvait plus avaler que des aliments liquides et elle a beaucoup dépéri.

Les tissus pharyngés normaux étaient remplacés par une cicatrice attachée antérieurement à la voûte palatine en haut et à la base de la langue, en bas. Ce pharynx en entonnoir se terminait par un petit anneau où se trouvait emprisonnée l'épiglotte, remplissant presque entièrement l'étroit orifice qui

communiquait avec le larynx et l'œsophage. Le voile du palais était détruit. Il y avait un petit orifice à bords indurés, mesurant un demi-pouce de diamètre, par lequel du muco-pus s'écoulait du naso-pharynx. Le septum cartilagineux du nez a disparu. Extérieurement, il existait sur le côté du cou une longue et épaisse cicatrice, consécutive à un abcès survenu à l'âge de cinq ans.

En dehors de cette affection, la malade se portait bien jusqu'il y a dix ans, quand elle fut prise de la gorge. Devenue d'abord enrouée, elle finit par perdre complètement la voix. Un an après, elle a recouvré la voix ; mais, au bout de quelque temps, l'enrouement et l'aphonie récidivèrent. Dans l'espace de cinq ans, la malade fit de nombreux séjours dans différents hôpitaux, et pendant ce temps la dyspnée et la dysphagie augmentaient graduellement, et son état devint très inquiétant. Partie pour Heidelberg, la patiente y fut mise à l'iodure de potassium à hautes doses. A cette époque, elle ne pouvait avaler que des liquides, était incapable de parler et respirait très difficilement. Pendant six mois, on pratiqua la dilatation au moyen de bougies, et, quand la malade fut revenue, elle se portait très bien, parlait, respirait et avalait sans difficulté. On lui apprit à se passer une grosse bougie une fois par semaine, mais elle négligea de le faire. Cependant, jusqu'il y a deux ou trois mois, elle n'éprouva aucune gêne ; depuis la récidive actuelle, elle recommença à prendre de l'iodure à la dose de 50 centigrammes par jour, mais d'une façon irrégulière.

La malade est mariée, et il est intéressant de noter que, malgré la nature manifestement syphilitique de l'affection, — l'ulcération primitive ayant été incontestablement le résultat d'une syphilis héréditaire, — elle a eu cinq enfants, tous vivants et bien portants. Sa sœur est atteinte depuis son enfance d'une kératite interstitielle.

A présent, la patiente prend de l'iodure à doses croissantes, et on lui passe des bougies n° 13. Elle peut avaler de petites quantités d'aliments solides, et son état général s'est considérablement amélioré.

M. Emil MAYER se rappelle avoir traité la malade, quand elle était enfant, pour un ensemble de symptômes menaçants qui, à

n'en pas douter, étaient d'origine hérédo-syphilitique. La paroi pharyngée était le siège de lésions étendues et l'orifice conduisant dans l'œsophage n'était pas plus grand qu'une pièce de 5o centimes. On pratiqua la dilatation; puis la malade, étant partie pour l'étranger, y est restée trois ans, et, depuis son retour, M. Mayer ne l'a vue qu'une ou deux fois. Il ne croit pas qu'on puisse mettre en doute la nature spécifique de l'affection, d'autant plus que, même à présent, il existe encore un état apparemment gommateux, et que sa sœur a été atteinte d'une kératite interstitielle.

M. Berens est porté à croire que des parents ayant suivi pendant longtemps un traitement antisyphilitique actif peuvent donner naissance à des enfants qui ne présentent aucun signe manifeste de l'affection.

M. Lederman a observé trois cas similaires et ne professe pas à cet égard des idées aussi pessimistes que le dernier orateur. Ces cas s'améliorent assurément par le massage à l'aide d'un tube de Schroetter. Quand le tissu cicatriciel est très abondant, il n'est pas en faveur d'une opération intra-laryngée, parce qu'il y a à craindre une rétraction secondaire des tissus. On ne doit pas s'attendre à obtenir de bons effets par le traitement ioduré, quand il y a beaucoup de tissu cicatriciel et aucun signe d'affection active.

L'emploi d'une bougie solide comporte un élément de danger, car l'introduction d'un tel instrument dans une glotte rétractée interrompt le passage de l'air. Ce danger est supprimé par l'usage de la sonde de Schroetter.

M. Myles parle d'un cas qui, n'ayant point cédé à de petites doses d'iodure, a guéri à la suite de l'administration du même médicament à hautes doses. La malade a eu un enfant sain. Il a été établi que, vingt ans auparavant, son premier mari avait contracté la syphilis.

M. F. J. Quinlan. — **Laryngite tuberculeuse** *(Tubercular laryngitis)*.

L'auteur présente un homme atteint d'une infiltration unilatérale du larynx ressemblant à un prolapsus du ventricule de Morgagni. Cependant une inspection plus attentive suggéra l'hypothèse d'une tumeur maligne ou d'une affection tuberculeuse. Depuis huit ou neuf mois, le malade est atteint d'un enrouement qui a augmenté lentement, mais graduellement. Légère élévation de la température avec augmentation de la fréquence du pouls et du nombre des respirations. Il n'a

pas encore été fait d'examen des crachats, mais l'auteur croit que celui-ci confirmera le diagnostic de laryngite tuberculeuse.

M. T. J. HARRIS. — **Cas pour diagnostic** *(Case for diagnosis)*.

Il s'agit d'un jeune homme qui, depuis six mois, se faisait soigner pour un enrouement datant d'environ un an. Pas d'antécédents nets de syphilis, mais, en revanche, des signes d'induration manifestes au sommet droit. Pas d'élévation de la température, mais augmentation du nombre des pulsations. Il y a un an, on trouva dans les crachats des bacilles de la tuberculose. Durant ces derniers six mois, l'état du malade n'a pas changé. Pas de toux ni de douleurs, peu ou point d'expectoration. Pendant une quinzaine de jours, le malade a pris de l'iodure à petites doses, mais depuis on lui fait des injections de créosote.

M. QUINLAN dit que l'aspect de la lésion fournit de fortes présomptions en faveur de la syphilis. Dans son service du City Hospital, il a observé un grand nombre de cas semblables. Souvent on ne trouve aucun signe manifeste de syphilis; mais, un beau jour, se déclare une infection tuberculeuse, qui occasionne une dépression de la santé générale, à la faveur de laquelle reparaissent les manifestations syphilitiques.

M. MYLES dit qu'il paraît y avoir dans le larynx du malade des masses de tissu dont l'existence semble remonter à une date lointaine. L'apparence du larynx parle en faveur de la tuberculose, mais le bon état général s'oppose à un tel diagnostic.

M. ARTHUR B. DUEL présente un homme de vingt-cinq ans, sans antécédents héréditaires morbides. A l'exception d'une attaque de malaria, il y a quatorze ans, le malade a toujours eu une bonne santé. Il est marié et père de trois enfants bien portants; sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Il y a six mois, il commença à souffrir du nez, et un médecin, consulté par lui, lui dit qu'il avait un *catarrhe sec*. Au mois d'octobre, il vint au Manhattan Hospital, se plaignant d'une occlusion complète de la fosse nasale droite. A l'examen rhinoscopique, on trouva celle-ci obstruée par une masse qui, selon toute apparence, avait pris naissance dans le cornet moyen. Le malade n'a jamais eu d'épistaxis. Une grande partie de la masse a été enlevée. Il y eut une hémorragie très abondante. L'homme revint au bout de trois jours avec la fosse

nasale remplie de la production, puis il n'a pas reparu pendant une huitaine de jours, et, dans cet intervalle, un oculiste lui a passé une sonde par le canal dans le nez. Cette opération paraissait avoir aggravé la situation. Par suite d'une regrettable confusion du chef du laboratoire de l'hôpital, il y eut quelques doutes sur le diagnostic anatomo-pathologique, mais il y avait des raisons de croire que l'examen microscopique avait révélé la nature épithéliale de la tumeur.

M. MAYER dit que l'aspect du néoplasme et sa prompte récidive rendent le pronostic très sombre. Il mentionne un cas analogue observé par lui sur une fille de dix-sept ans, qui mourut au bout de peu de temps. L'administration de l'iodure à hautes doses n'a produit aucun effet; l'auteur conseilla donc de commencer par de petites doses et de les porter, en augmentant progressivement, jusqu'à la limite de tolérance. Ce cas lui rappelle un autre qu'il a vu dans son cabinet, il y a six mois. Il y avait le même gonflement du sac lacrymal et la pression faisait sourdre le pus. Le cornet moyen fut enlevé, et derrière lui on trouva une quantité considérable de pus.

M. HARRIS dit que l'examen du cas en discussion suggère l'idée d'une affection maligne. Au printemps dernier, il a présenté à cette section un cas dont le diagnostic anatomo-pathologique portait mélano-sarcome, mais la plupart de ceux qui sont ici présents n'acceptèrent pas ce diagnostic. Il est à remarquer que le malade est encore actuellement en observation et qu'il n'existe aucun signe de tumeur maligne. On ne devrait pas trop se fier au microscope et ignorer le tableau clinique de la maladie.

M. LEDERMAN a présenté, il y a cinq ans, devant cette section de l'Académie, un cas dont l'examen microscopique a révélé la nature sarcomateuse, sarcome embryoplastique. Il enleva à l'anse froide une portion de la tumeur, et une hémorragie grave s'ensuivit. Le néoplasme a récidivé avec une très grande rapidité. De temps à autre le malade expulsait par le nez de petits fragments de tumeur. Le cas en discussion présente à peu près une histoire semblable. Les tumeurs malignes saignent très facilement au toucher avec une sonde. L'extension du processus morbide paraît se faire plus rapidement dans le nez et le naso-pharynx que dans toute autre partie du corps. Dans le cas de sarcome, la tumeur a rapidement envahi tout le naso-pharynx. Avant de pratiquer une résection du maxillaire supérieur droit, le Dr Dawbam lia les deux carotides externes. L'interruption provisoire de l'apport du sang arrêta l'accroissement de la tumeur pendant près de trois mois, et dans l'espace de ce temps son volume diminua considéra-

blement. Cependant le néoplasme recommença à croître; on procéda alors à l'opération radicale, dont les résultats furent très satisfaisants. Le malade a vécu trois ans après l'opération, portant un maxillaire artificiel, et au moment de la mort il n'y avait pas trace de récidive.

M. Myles parle d'un épithélioma de l'antre d'Highmore qui avait présenté un gonflement analogue. Toute la masse a été enlevée avec une partie de la paroi antrale. La survie a été d'un an. Dans ce cas, l'anatomie pathologique a été d'accord avec la clinique. Dans des cas douteux, il a l'habitude d'envoyer des spécimens à trois ou quatre anatomo-pathologistes pour un examen simultané et indépendant dont il compare ensuite les résultats.

Trivas.

LIVERPOOL MEDICAL INSTITUTION [1]

Séance du 13 février 1902.

M. Damer Harrisson. — **Cas d'abcès cérébelleux avec thrombose du sinus latéral chez un jeune homme atteint depuis onze ans d'une affection otitique** *(A case of cerebellar abcess with thrombosis of the lateral sinus in a young man, who had suffered from ear disease for eleven years).*

Il y avait obnibulation des facultés intellectuelles avec parésie du facial droit et tendance à tomber du côté droit. Tuméfaction de l'apophyse mastoïde, avec gonflement de la partie supérieure du cou. Pas de névrite optique. Trépanation de l'apophyse mastoïde, curetage de l'antre, dont la paroi interne nécrosée a été enlevée, et ouverture de l'abcès. Quelques jours après l'opération, la température étant devenue irrégulière, l'auteur mit à nu et lia la veine jugulaire au-dessous du thrombus. Le morceau de veine excisé contenait un caillot ramolli.

Le malade se rétablit ensuite dans d'excellentes conditions.

M. C. G. Lee a observé près de 30 cas d'abcès du cerveau et du cervelet d'origine otique. Dans bon nombre de cas, il est souvent impossible de dire quelle est la situation de l'abcès. Dans les abcès cérébraux et cérébelleux, la névrite optique est aussi souvent

1. D'après *British med. Journ.*, 1er mars 1902.

absente que présente. Les abcès cérébraux sont souvent multiples. M. L... rappelle le cas d'un enfant atteint d'une hémiplégie et à qui il a ouvert et évacué un abcès. L'opération a été suivie d'une guérison complète de la paralysie. Dix jours après, l'enfant mourut, et, à l'autopsie, on trouva le lobe occipital entièrement ramolli et plusieurs abcès disséminés à la surface du cerveau.

M. PHILIP NELSON demande si l'on s'est assuré de la source de l'écoulement. En raison de la difficulté de drainer l'apophyse, on risque de voir survenir d'autres complications, quand l'attique est le siège de la lésion, la perforation étant située dans la membrane flaccide. D'après M. Nelson, la paralysie faciale est surtout fréquente dans les lésions tuberculeuses de l'oreille, principalement chez les enfants.

TRIVAS.

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique des maladies de la bouche et du pharynx *(Enfermedades de la nariz, boca y garganta)*, vol. II, par le Dr R. de la SOTA Y LASTRA, Séville, 1902.

Dans ce deuxième volume, M. de la Sota s'occupe d'abord des affections des lèvres et des stomatites en général.

Comme complément à cette étude, citons le chapitre sur l'angine de Ludwig et les nécroses de la bouche, auxquelles font suite les maladies de la gorge et du pharynx.

Après quelques mots d'anatomie et de physiologie de la région, quelques indications sur l'examen de ces différentes cavités, l'auteur aborde la description des diverses altérations susceptibles d'envahir l'arrière-gorge, le voile du palais, la luette d'abord, les amygdales et le pharynx ensuite. Les pharyngites aiguës et chroniques, l'hypertrophie des amygdales, les abcès rétro-pharyngiens, les altérations syphilitiques et tuberculeuses de l'arrière-gorge, la diphtérie et les diverses tumeurs susceptibles d'envahir la région sont successivement décrites, avec les symptômes qui les caractérisent et le traitement qu'il convient de leur appliquer.

Dans ce deuxième volume, l'auteur a mis à profit non seulement le résultat de ses nombreuses lectures, mais surtout sa longue expérience de spécialiste; aussi, le lecteur

trouvera-t-il bien souvent une série de conseils utiles concernant la thérapeutique à appliquer dans les différentes maladies susceptibles d'envahir l'entrée des voies digestives et aériennes.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Angine pneumococcique aiguë; perforation des piliers *(Pneumococcic membranous sore throat; perforation of the faucial pillars)*, par le Dr T. K. Monro.

Personne n'ignore l'ubiquité du pneumocoque. Microbe de la pneumonie, on le retrouve en même temps dans une foule d'autres affections : abcès, arthrites suppurées, méningites, otites moyennes, endocardites infectieuses, péricardites, péritonites, pleurésies simples et purulentes. Sa présence a été souvent constatée dans la bouche de personnes saines. Dans le présent cas, le pneumocoque a été la cause principale, sinon unique, d'une angine membraneuse grave qui eut pour résultat une perforation des piliers L'angine à pneumocoques est généralement rare; son invasion, toujours aiguë, est rapidement suivie d'engorgement ganglionnaire douloureux. A moins d'être compliquée de croup ou d'adénite suppurée, son pronostic est favorable.

Une femme de vingt et un ans fut prise, le 31 mars, de maux de gorge et de vomissements. Le lendemain, on trouva l'amygdale droite presque entièrement recouverte d'une membrane jaunâtre qui, les jours suivants, se propagea et envahit le pilier antérieur droit et l'amygdale gauche. Congestion intense autour de la lésion, du côté droit.

Le 5 avril, la membrane s'est étendue le long du bord postérieur du voile et de la face postérieure de la luette. Au-dessous de la membrane, les tissus paraissaient normaux. Trace d'albumine dans les urines.

Le 8 avril, le côté gauche de la gorge et la luette se sont nettoyés, mais l'état du côté droit s'est aggravé, la douleur a augmenté. La membrane prit un aspect plus sale. Elle

était solidement attachée, et des tentatives d'en enlever un fragment occasionnaient de la douleur. Adénite cervicale droite prononcée et très douloureuse. Albumine en quantité considérable.

Le 10, zone de congestion intense, à droite, autour de la lésion initiale, qui suggéra l'idée de la formation d'un abcès.

Le 17, là où l'abcès avait paru imminent on constata une large perforation du pilier antérieur droit.

Le 20, admission de la malade à l'hôpital à cause de la découverte dans les produits d'écoulement de la gorge d'un microorganisme ressemblant au bacille diphtérique Perforation du pilier postérieur droit et régurgitation de liquides par le nez. Ultérieurement, insuffisance fonctionnelle de la moitié droite du palais.

Le 10 mai, affaiblissement de la vue consécutif à une parésie de l'accommodation. Sensation de fourmillement dans les quatre derniers doigts de chaque main. Disparition de l'albumine. Pas de pyrexie. La tendance à la régurgitation a persisté une quinzaine de jours.

L'examen microscopique, pratiqué un grand nombre de fois, a constamment révélé la présence du pneumocoque en culture pure. L'examen direct et les cultures donnèrent les mêmes résultats. En plus du pneumocoque, toujours très abondant, on a trouvé deux fois le staphylocoque pyogène doré et une seule fois un bacille qui ressemblait morphologiquement au bacille de la diphtérie, mais qui s'en distinguait par ses caractères de cultures, et aussi parce qu'il ne prenait pas le Gram.

La lésion a donc été, évidemment, occasionnée par le pneumocoque, qui paraissait avoir atteint, dans ce cas, son plus haut degré de virulence. (*Med. Rev.*, déc. 1901.)

TRIVAS.

Curieux cas de névralgie linguale guéri sans opération, par M. L. QUINTIN.

Après obturation de plusieurs dents cariées, l'extraction de plusieurs autres dents et racines atteintes d'arthrite

alvéolo-dentaire, enfin, le nettoyage minutieux du tissu gingival, l'auteur put appliquer, chez une dame d'une cinquantaine d'années, un appareil en vulcanite avec ressorts. Quelques jours après, la malade revint, très satisfaite de l'intervention, mais se plaignant du côté droit de la langue, qui cependant ne présentait aucune trace d'inflammation. A l'examen objectif, rien d'anormal. Quinze jours après, et malgré un traitement au chlorate de potasse, la malade revint, se plaignant d'une sensation de brûlure très vive, qu'elle attribuait au bord du collier en or contournant une grosse molaire. Huit jours après, malgré l'extraction de la molaire, nouvelle visite et toujours les mêmes symptômes, mais rien de positif, même pas la plus légère induration.

Mais, au cours de notre examen, la malade localisa sa douleur et suivit ponctuellement le trajet du nerf lingual. Le diagnostic névralgie du nerf lingual fut posé aussitôt, et, au bout de huit jours, la malade éprouvait un léger soulagement du traitement classique : quinine, aconit et valériane. Après avoir vu son médecin, la malade revit un spécialiste de la gorge qui, attribuant la névralgie à la présence d'un paquet variqueux de la base de la langue, fit, au galvanocautère, une cautérisation qui resta sans résultat.

La malade se décide à quitter son appareil, et aussitôt la douleur disparaît. Un an après, l'appareil est retouché et de nouveau mis en place : huit jours après, les douleurs reparaissent de plus belle. C'est alors que, nous basant sur ce fait que lorsque la langue est libre la douleur disparaît, nous pensâmes à changer la disposition des molaires. L'effet ne se fit pas longtemps attendre, et notre patiente put dès lors manger à son aise et dormir sans enlever son appareil.

Cette observation très intéressante nous montre que la pathologie du nerf lingual est parfois liée à la pathologie du trijumeau, surtout quant à l'origine, qui est la même.

L'histoire de cette malade nous montre que l'hypoglosse

et le glosso-pharyngien n'était nullement atteints et que seul le nerf lingual était intéressé.

Il n'y avait pas névrite, mais plutôt hyperesthésie s'exaspérant par le port d'un appareil prothétique, et ne se manifestant que par des symptômes subjectifs.

L'idée d'hystérie fut écartée, car notre malade avait une parfaite constitution et ne présentait aucun trouble du système nerveux. La simple modification de notre appareil ayant amené la cessation de la douleur, il ne fallait donc pas songer à la syphilis. Pas de troubles de sécrétion, donc pas de névralgie du trijumeau. L'hyperesthésie seule était en jeu. Le diagnostic : névralgie essentielle du nerf lingual par compression de la langue s'imposait.

Beaucoup voient dans cette affection une origine hystérique et ont recours soit à la médication appropriée, soit aux piqûres ou cautérisations, qui n'agissent que par suggestion, ou mieux encore à une élongation ou section du nerf incriminé, qui est généralement suivie de guérison.

Délaissant la grande chirurgie, nous eûmes recours aux petits moyens : tact, calme et prudence furent ici le traitement anodin qui ne tarda pas à couronner nos efforts de succès. (*Progrès méd. belge*, n° 3, 1er janv. 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

OREILLES

Paralysie croisée de l'acoustique, par le Dr Gellé.

Les paralysies alternes indiquent une lésion siégeant au niveau de la protubérance ou à son intérieur.

La complexité des noyaux d'origine des nerfs craniens, la multiplicité des racines nerveuses à ce niveau, d'autre part le voisinage des faisceaux pyramidaux permettent d'expliquer l'association possible de l'hémiplégie d'un côté avec la paralysie d'un ou plusieurs des nerfs craniens du côté opposé.

Le syndrome Millard-Gubler, caractérisé par une hémiplégie faciale d'un côté, associée à une hémiplégie motrice

du côté opposé, est le mieux connu parmi ces paralysies alternes. Suivant la localisation du néoplasme dans la protubérance, un ou plusieurs nerfs craniens peuvent être frappés, soit à la fois, soit successivement.

D'après le professeur Raymond, ces paralysies alternes sont fréquentes, et sont variables suivant le siège et le volume de la tumeur. Parfois, on constate des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de l'otalgie, et, à lautopsie, on retrouve des altérations des noyaux de l'acoustique, et même de la destruction du nerf.

Vernuke, Raymond, Huguenin, Nothnagel en rapportent de nombreux cas, vérifiés à l'autopsie, de ces paralysies alternes, dans lesquelles la lésion siège au niveau de la protubérance.

Parmi tous les sujets atteints de troubles ou lésions quelconques que l'auteur a été chargé d'examiner dans le service du professeur Charcot, la plupart du temps ces troubles de la fonction auditive avaient pour cause des névropathies ou des tumeurs cérébrales intra-craniennes.

Parmi les faits nombreux de paralysie croisée de l'acoustique que l'auteur a examinés, il a remarqué que, dès qu'aux symptômes otiques vient s'ajouter une paralysie faciale ou une paralysie de la sixième paire, les symptômes prennent de l'importance, car la protubérance seule permet d'expliquer une telle multiplicité de lésions nerveuses.

Ces associations sont fréquentes, et leur début simultané coïncidant avec l'hémiplégie du côté opposé permet de porter aussitôt le diagnostic de paralysie croisée de l'acoustique et de lésion protubérantielle.

A la suite de sa thèse, l'auteur apporte quatre observations de paralysie de l'acoustique, dans lesquelles la surdité a coïncidé avec l'apparition d'une paralysie faciale du même côté, et cinq où la surdité subite s'est montrée en même temps que l'hémiplégie opposée, sans rien au nerf facial.

Ces faits cliniques, suivis d'autopsie, montrent que la

tuberculose et la syphilis sont les origines presque exclusives de ces paralysies alternes.

Le but de la communication du Dr Gellé n'est pas d'apporter de nouveaux éléments à la sémiotique et pour établir le diagnostic des lésions de la protubérance, mais pour bien montrer que la valeur de ces symptômes otiques est suffisante pour différencier une hémiplégie vulgaire d'une lésion siégeant au niveau ou dans le corps de la protubérance. (*Archiv. internat. de laryngol.-otol.-rhinol.*, nº 6, 1901.)

Dr MERCIER BELLEVUE.

Quatre observations de syndrome de Ménière *(Vier Fälle des Ménière'schen Symptomenkomplexes)*, par le Dr BYLSMA.

Le premier cas est une observation très nette de labyrinthisme de cause locale, dû à une obstruction tubaire. Le cathétérisme a fait disparaître instantanément et pour toujours les vertiges et les vomissements.

Dans la deuxième observation, il s'agissait probablement d'une hémorragie labyrinthique. Le malade avait été exposé toute la nuit à la pluie et au froid. Rentré chez lui, et pendant qu'il se réchauffe à côté du feu, il lui prend un accès d'éternuements subit; puis, aussitôt après, des vertiges, des bourdonnements, des nausées et des vomissements; la marche est celle d'un homme ivre. Le jour après, surdité complète du côté gauche. L'examen fonctionnel, ici, est très concluant; le labyrinthe est atteint. Le malade guérit au bout de quatre semaines par les moyens ordinaires.

Chez la troisième malade, on trouve comme cause directe des vertiges et des bourdonnements un glaucome bilatéral.

Le quatrième malade était un fort fumeur; il souffrait de bourdonnements, de surdité, et a fait un accès vertigineux très fort qui pouvait être dû à une intoxication ou à l'extension du processus scléreux au labyrinthe. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, févr. 1902.)

Dr BERTEMES.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 14. 5 AVRIL 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SUR UN CAS
DE SINUSITE MAXILLAIRE UNILATÉRALE
ET D'EMPYÈME FRONTAL DOUBLE
AVEC NÉCROSE DE LA PAROI ORBITAIRE[1]

Par le Dr **E. J. MOURE,**
Chargé de cours à l'Université de Bordeaux.

Les empyèmes des cavités accessoires sont aujourd'hui des lésions pour ainsi dire classiques, tant elles sont fréquentes et faciles à reconnaître, du moins si l'on peut suivre les malades pendant un certain temps. Nous savons, en effet, qu'il n'est pas toujours possible, à un premier examen, d'affirmer la coexistence de sinusites maxillaire et frontale, chacune de ces deux sortes de suppurations pouvant à elle seule présenter une série de symptômes imputables à l'inflammation de l'une ou l'autre de ces cavités. Toutefois, nous savons aussi que les sinusites frontales isolées sont assez rares pour que certains auteurs aient même cru devoir en nier l'existence, élément important dont on doit tenir compte dans l'examen du malade.

D'autre part, lorsqu'on constate un écoulement nasal purulent unilatéral, le premier diagnostic qui vient à l'esprit est, sans contredit, celui d'une sinusite maxillaire. Néanmoins, si

1. Communication faite en partie à la Société de médecine de Gand.

l'on se rappelle la situation de l'orifice nasal du sinus frontal qui se trouve placé dans le même point que celui des cellules ethmoïdales antérieures et du sinus maxillaire, on comprend aisément que la suppuration de la région supérieure puisse s'écouler lentement dans l'antre d'Highmore, au point de simuler une inflammation des deux cavités. Habituellement il suffit de faire, à des intervalles assez rapprochés l'un de l'autre, une série de ponctions suivies de lavages de la cavité highmorienne, pour s'assurer que le pus vient de cette région ou, au contraire, que ce sinus est simplement rempli par l'excès de liquide s'écoulant de la cavité frontale. J'ai pu ainsi déceler un certain nombre d'altérations isolées dans cette dernière région.

Mais si la suppuration est très abondante, les deux cavités accessoires peuvent être l'une et l'autre remplies de pus dans l'espace de vingt-quatre heures, si bien que la distinction entre ces deux sortes de sinusites devient difficile. Je sais bien que la diaphanoscopie peut en général nous fournir des éléments précieux de diagnostic, mais ne savons-nous pas combien ce moyen est quelquefois infidèle, et le peu de valeur qu'il a dans un certain nombre de cas?

La présence de fongosités autour de l'orifice maxillaire, surtout lorsque ces fongosités une première fois enlevées repullulent avec rapidité, l'apparition constante de pus dans la rainure du méat moyen, aussitôt après le lavage de l'antre terminé, sont des éléments de diagnostic dont il faut tenir le plus grand compte pour reconnaître les différentes inflammations sinusiennes.

Par contre, lorsqu'on constate l'existence d'un ou de plusieurs trajets fistuleux siégeant autour de l'orbite, particulièrement au niveau de l'angle interne, vers la partie supérieure ou vers la queue du sourcil, le diagnostic de sinusite frontale est alors plus facile, principalement lorsque l'examen direct a permis d'éliminer l'hypothèse d'une ethmoïdite suppurée qui, bien souvent, il faut l'avouer, coïncide avec la

lésion précédente, mais le siège, l'étendue des dégénérescences fongueuses et la diffusion du pus plaident en faveur de la participation ethmoïdale.

La conduite à tenir dans les sinusites maxillaires ou fronto-maxillaires ne se manifestant à l'extérieur par aucun autre signe que la suppuration est bien réglée et définitive aujourd'hui, car les succès de la cure radicale sont extrêmement nombreux, si l'opération est conduite suivant les règles établies, il y a déjà quelques années, par notre collègue et ami le docteur Luc.

On peut seulement discuter non sur l'opportunité, mais sur la façon de procéder lorsque la sinusite est fistuleuse, c'est-à-dire ouverte à l'extérieur et même quelquefois à l'intérieur vers la cavité cranienne. Contrairement à l'opinion émise par certains spécialistes, j'estime que si le chirurgien croit pouvoir faire une opération radicale, c'est-à-dire enlever tous les produits septiques y compris les os nécrosés, la conduite peut être la même dans les deux cas. On peut aussi bien espérer la guérison d'une sinusite fistulisée avec nécrose des parois que dans les sinusites fongueuses ordinaires sans altérations osseuses. Plusieurs fois j'ai eu l'occasion d'opérer des malades de ce genre, le résultat a toujours été excellent.

Je me bornerai à rapporter ici une opération intéressante, à mon avis, par la nature de la lésion, et par la disposition tout à fait particulière qu'avait prise le sinus frontal au niveau du canal (infundibulum) qui déverse sa sécrétion dans le nez.

Observation. — Il s'agit d'une dame X..., âgée de soixante-trois ans, qui vint me consulter, le 28 novembre 1898, pour une tumeur dépressible, occupant l'angle interne de l'œil droit.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents morbides. — La malade me dit avoir eu, il y a sept ans, l'influenza. Il y a trois ans, sans douleur, est apparue une petite tumeur sus-orbitaire, située à la face interne de l'œil, disparaissant sous la pression du lorgnon et du doigt; cette tumeur a

néanmoins augmenté peu à peu de volume; la malade dit avoir commencé à moucher du pus d'un seul côté depuis un an seulement; elle éprouve de temps à autre des douleurs violentes lorsque la sécrétion diminue du côté des fosses nasales; pas de suppuration extérieure apparente.

État au moment de l'examen. — A l'examen, on constate en effet, au-dessus de l'angle interne de l'œil droit, à 1 centimètre environ de la ligne médiane et à la face inférieure du rebord orbitaire, une saillie arrondie au niveau de laquelle la peau a conservé sa couleur normale; elle a le volume d'une demi-noisette, est dépressible. En dehors de cette tumeur, l'arête orbitaire très amincie se laisse également déprimer, mais la pression est douloureuse.

A la rhinoscopie antérieure, on constate que le cornet moyen est très volumineux, recouvert de dégénérescences polypoïdes autour de l'infundibulum; à ce niveau, existe également du pus.

Diaphanoscopie. — Obscurité des sinus maxillaire et frontal droits; transparence parfaitement nette *à gauche.*

La ponction du sinus maxillaire, faite avec un petit trocart au-dessous du cornet inférieur, ramène du pus en abondance.

Je me crois donc autorisé à porter le diagnostic de sinusite fronto-maxillaire gauche, dont je propose à la malade de la débarrasser. Comme opération préliminaire, le lendemain matin, j'enlève, par les voies naturelles, à l'aide de la pince coupante, toutes les dégénérescences polypoïdes situées autour du cornet moyen. Ce dernier est même ouvert largement, car il était ampullaire et contenait du pus à son intérieur; à ce moment, la tumeur sus-orbitaire s'affaisse en partie. La partie antérieure du cornet inférieur est réséquée à l'aide de la pince coupante de Laurens. Je propose ensuite la cure radicale de sa sinusite fronto-maxillaire, qui est acceptée par la malade.

L'opération est pratiquée trois jours après, en commençant par le sinus maxillaire, suivant les règles habituelles; la malade étant chloroformée, la joue parfaitement lavée, je fais une ouverture au niveau de la fosse canine, relève la joue avec la rugine, puis, à l'aide de la gouge et du maillet, j'ouvre la cavité highmorienne qui est remplie de fongosités volumineuses occupant à peu près toutes les parois. Curettage soigneux aussi complet que possible; large communication nasale, en faisant sauter la paroi nasale du sinus dans presque toute sa longueur. Pas de drainage, pas de pansement local, simple écouvillonnage au chlorure de zinc au 1/10e avant de refermer complètement la plaie buccale au catgut.

Dans la même séance, après avoir aseptisé la région comme il convient, je fais la cure radicale de la sinusite frontale; le sourcil ayant été préalablement rasé, je fais une incision tout le long de ce dernier et dénude le frontal à l'aide de la rugine, mettant à nu l'orifice de perforation sinusienne, au niveau de la paroi orbitaire. Trépanation à l'aide de la gouge et de la pince double-gouge, jusque vers la queue du sourcil; je mets ainsi à nu une énorme cavité remplie de fongosités, présentant vers la fosse nasale une sorte de très large infundibulum en bissac, formé d'un premier cul-de-sal spacieux, cupuliforme, percé au niveau des cellules ethmoïdales antérieures. Il est dirigé en arrière et à droite de la ligne médiane; son orifice ouvre en plein canal, dans le trajet qui va à la fosse nasale. Le deuxième cul-de-sac forme l'extrémité supérieure de l'infundibulum nasal, très élargi.

La cavité sinusienne allant vers la gauche n'est nullement séparée de celle du côté opposé, de telle sorte que les deux sinus frontaux ne forment qu'une seule et même cavité, dans laquelle on trouve à peine, à la partie supérieure, une petite arête indiquant l'endroit que devrait occuper la cloison médiane. Cette disposition pathologique m'oblige à découvrir largement le sinus frontal gauche, par une deuxième incision sourcilière venant rejoindre la première vers la racine du nez, et par l'ablation, à la pince double-gouge, d'une partie de la paroi antérieure. J'ai ainsi une grande cavité occupant le rebord orbitaire de part et d'autre et la ligne médiane.

Il existe dans l'angle antéro-supérieur une série de fongosités plus abondantes à droite qu'à gauche. La cavité sinusienne est en large communication avec le tissu adipeux de l'orbite, par nécrose de la paroi orbitaire du sinus, au niveau de l'angle interne de l'œil droit; de plus, il existe une perforation de la largeur d'une pièce de cinquante centimes environ, au niveau de la paroi cranienne, près de la ligne médiane, à mi-hauteur environ dans la région du sinus longitudinal.

Toute la cavité est soigneusement curettée, écouvillonnée au chlorure de zinc au 1/10e. Tout étant parfaitement propre, le drainage nasal parfaitement assuré, à l'aide de la gouge et de la curette, je fais une réunion *immédiate et complète* de la plaie frontale, *sans laisser de drain, ni en dehors ni en dedans.*

L'opération terminée, un pansement aseptique est placé sur la plaie frontale, et la malade rapportée dans son lit.

Les jours suivants, les choses se passent d'une façon tout à fait normale; il n'existe ni douleur ni fièvre; pas d'élévation thermique. Les points de suture frontaux sont enlevés le 7 décembre: la réu-

nion est parfaite des deux côtés, la malade va très bien et quitte la maison de santé quinze jours environ après l'intervention, en complet état de guérison, n'ayant plus qu'un suintement séreux sans importance.

Je l'ai revue le 27 février 1899 et j'ai constaté qu'il existait au niveau de l'incision et de résection frontale une cicatrice déprimée, avec anesthésie de la peau du front, surtout à droite, anesthésie allant environ jusqu'à la partie moyenne de la bosse frontale gauche. La malade n'a plus de sécrétion nasale, la muqueuse de ce côté paraît saine; en un mot, elle peut être considérée comme guérie.

J'ai encore eu des nouvelles de cette malade plus récemment, elle est toujours en parfait état et n'a pas eu de récidive; je peux donc la considérer comme définitivement guérie depuis plus de trois ans.

Réflexions. — Voici, par conséquent, un cas dans lequel les lésions osseuses étaient considérables, puisque presque toute la paroi orbitaire et une partie de la paroi cranienne étaient nécrosées. Malgré cela, après avoir enlevé toutes les portions d'os malade et fait un curettage soigneux, j'ai cru pouvoir fermer complètement la plaie, tout comme s'il s'était agi d'une sinusite ordinaire. Le résultat a été, on le voit, ce qu'il eût été dans un cas tout à fait simple : la malade a parfaitement guéri. Ce n'est, du reste, pas le seul fait de ce genre que j'aie eu l'occasion de voir et de soigner par le même procédé; tous mes malades ont guéri sans présenter le moindre accident. J'estime donc que, même dans les cas de sinusite frontale ou maxillaire, compliquée d'ostéite avec nécrose de l'une ou de plusieurs des parois, on peut toujours appliquer le procédé de la cure radicale avec fermeture immédiate de la plaie, tel que l'ont préconisé autrefois MM. Caldwell-Luc, pour le sinus maxillaire, et Ogston-Luc, pour le sinus frontal.

Si j'insiste sur ce dernier point, c'est que la tendance actuelle de plusieurs chirurgiens est de modifier l'opération dont je viens de parler, surtout pour ce qui concerne les sinusites frontales, en supprimant la table externe de l'os, de manière à assurer le curettage parfait et surtout la cutanisa-

tion ultérieure de la cavité malade (procédé de Kuhnt). J'ai même vu, dans un récent voyage que je viens de faire en Allemagne, quelques spécialistes proposer non seulement l'ablation de toute la table externe du sinus frontal, mais également celle de la portion orbitaire de cette cavité, en ne laissant que l'arcade sourcilière comme charpente de soutènement du sourcil (Killian). Ce procédé est toujours mis en usage pour assurer la cutanisation parfaite et, par conséquent, éviter les récidives.

J'avoue que, jusqu'à ce jour, ma pratique ne m'a pas fait reconnaître le besoin d'un pareil délabrement, car toutes les sinusites frontales que j'ai eu à traiter ont parfaitement guéri à l'aide d'une simple ouverture osseuse faite à la paroi antérieure, ouverture suffisante pour m'assurer que je pouvais nettoyer et écouvillonner parfaitement les différents diverticules du sinus frontal. J'ai obtenu de ce fait des guérisons sans cicatrices apparentes, pour ainsi dire, même dans des cas graves, ainsi qu'on a pu le voir dans l'observation précédente. Aussi, plus que jamais, suis-je partisan de faire le nécessaire, mais rien que le nécessaire, pour arriver au résultat que tous nous recherchons : la guérison définitive de nos malades.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Cas d'angine diphtéroïde de Vincent d'une durée de trois à quatre mois, par M. BAYER.

L'auteur n'a vu que quelques cas très rares d'angine ulcéro-membraneuse; il n'a observé, par contre, qu'un seul cas qui, au lieu de rétrocéder rapidement sous l'influence du traitement classique, a résisté aux traitements les plus variés, et au lieu de se localiser sur une amygdale, a envahi non seulement l'autre amygdale, mais encore le

bord de la langue et de la lèvre inférieure. Suit alors la description textuelle de Vincent. Ce dernier a découvert, dans l'angine ulcéro-membraneuse, un bacille fusiforme et des spirilles, qu'il considère comme pathogènes, mais il n'a pu les cultiver, et a remarqué qu'ils étaient souvent associés à d'autres microcoques. Sacquepée a trouvé au début de l'angine le bacille seul, puis peu à peu remplacé par des staphylocoques ou des pneumocoques.

Dopter a vu un seul cas d'angine ulcéreuse se propager d'une amygdale à l'autre et présenter une courte récidive. Nicolle relate un cas d'angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles, qui a duré deux mois et s'accompagna d'érythème polymorphe à la face, et fut précédé d'ulcération labiale. La littérature allemande compte des cas analogues, mais l'auteur insiste sur l'intérêt qu'a son observation au point de vue clinique et thérapeutique.

En 1900, l'auteur eut à soigner un homme de trente-deux ans qui depuis six mois souffrait de la gorge, et accusait un mal de tête violent accompagné de frissons et taches blanches sur l'amygdale gauche. Comme maladie, jamais de syphilis, un peu de dysenterie pendant un séjour aux Indes.

A l'examen : amygdale gauche volumineuse, recouverte d'un exsudat membraneux très adhérent, accompagné d'adénite sous-maxillaire avec sécheresse de la gorge et gêne de la déglutition. L'évolution lente de la maladie, l'absence du bacille de Löffler, fit écarter le diagnostic de diphtérie. Malgré un traitement des plus énergiques et des soins assidus, le malade s'affaiblissait rapidement; malgré des cautérisations aux acides et même au galvanocautère la lésion restait stationnaire. Cependant, sous l'influence d'un traitement général tonique au fer et arsenic, le malade s'améliora, mais l'autre amygdale et le bord de la langue présentèrent à leur tour des plaques blanchâtres. Enfin, au bout de quatre mois de traitement, le malade put être considéré comme guéri; son état général redevenu satisfaisant et les amygdales normales.

A l'examen microscopique on ne trouva jamais le bacille de Löffler, mais le bacille fusiforme et des spirilles. Malgré cela l'auteur se demande si le bacille fusiforme est vraiment le seul bacille pathogène de cette affection, et si l'origine de l'angine ulcéro-membraneuse n'est pas intimement liée à une prédisposition générale, un affaiblissement de l'organisme qui favoriserait l'éclosion de cette affection membraneuse, caractérisée cliniquement par sa bénignité et sa ténacité, et qui ressemble en tous points à la stomatite de même nom, dont elle ne diffère que par la localisation.

Dr MERCIER BELLEVUE.

Malformations maxillo-dentaires dans l'hérédo-syphilis, par M. A. BRUNET, de Paris.

Au point de vue pratique, la connaissance précise de la valeur réelle de certaines malformations dentaires hérédo-syphilitiques est considérable.

Pour bien établir la valeur diagnostique d'une malformation dentaire, il y a lieu de se demander d'abord si la syphilis est seule capable de produire pareille lésion, en second lieu quelle importance il faut attacher à tel ou tel stigmate.

Contrairement à l'opinion de Parot, il est permis d'affirmer que toutes les maladies de la période infantile : fièvre éruptive, coqueluche, rachitisme, scrofule, entérite, mauvaise hygiène, peuvent, tout aussi bien que la syphilis, produire ces lésions de la nutrition, ces malformations dentaires, mais à la condition que la dent soit en voie de calcification au moment de la pyrexie.

Il y a tout lieu de se demander alors s'il existe une dystrophie dentaire pathognomonique de l'affection causale, de la syphilis en particulier. Le palais ogival, le prognatisme de l'un des maxillaires sont des signes de peu d'importance; par contre, l'expérience prouve que la première grosse molaire inférieure est le plus souvent atteinte par la syphilis héréditaire. Cette dent est, en effet, la seule dont l'ossification commence *in utero*, son altération a donc pour cause une diathèse capable d'agir

pendant la vie intra-utérine, et la syphilis est du nombre de celles-là. L'auteur conclut que l'altération, de la première grosse molaire inférieure serait un signe pathognomonique de syphilis héréditaire. La dent d'Hutchinson et la dent en tournevis des incisives médianes supérieures sont des symptômes de présomption, mais sont loin d'être pathognomoniques de l'hérédo-syphilis.

En résumé, le praticien, après examen sérieux de son malade, recherchera les nombreux stigmates hérédo-syphilitiques; l'examen minutieux du système dentaire lui permettra souvent de porter un diagnostic précis et d'instituer une thérapeutique spécifique, dont les bienfaits ne tarderont pas à se faire sentir. (*Gaz. des hôpit.*, 18 fév. 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Rhinite fibrineuse, par le Dr de Stella de Gand.

Pour l'auteur, la diphtérie primaire, localisée au nez, est fréquente et très contagieuse. Elle n'existe pas sans la présence du bacille de Löffler. (Ve Congrès flamand des sciences naturelles et médicales, Bruges, septembre 1901, *in Journ. méd. de Bruxelles*, n° 44, 31 oct. 1901.)

Dr A. Capart fils.

Les relations du cornet moyen avec des affections chroniques *(The relations of the middle turbinate body to chronic diseases)*, par le Dr H. Baker.

L'auteur attire l'attention sur la grande influence exercée par le cornet moyen sur l'évolution et le progrès des troubles généraux du nez. Les indications pour l'ablation de ce cornet sont : la présence de polypes que le cornet moyen empêche de bien voir; l'occlusion sinusienne par une muqueuse tuméfiée, mais n'ayant pas encore subi la dégénérescence polypoïde; des croûtes fétides, des écoulements dans la partie supérieure des fosses nasales, d'origine non spécifique; la soi-disant hypertrophie bulleuse de l'os; le voisinage direct du cornet avec la zone sensitive de la muqueuse nasale, pouvant donner lieu à des troubles variés

du système nerveux; la rhinite vaso-motrice survenant en dehors de la période normale de l'année et accompagnée d'éternuements, d'asthme et de toux. (*Philadelphia med. Journ.*, 28 déc. 1901.)

TRIVAS.

Forme familiale d'épistaxis à répétition associée à des télangiectasies multiples de la peau et des muqueuses *(On a family form of recurring epistaxis, associated with multiple telangiectases of the skin and mucous membranes)*, par le Dr WILLIAM OSLER.

L'association décrite par l'auteur est extrêmement rare et, après de nombreuses recherches, il n'a pu trouver dans la science qu'un seul cas analogue. La forme héréditaire a été bien décrite par Babington (*Lancet*, 1865, vol. II, p. 362).

L'association d'épistaxis et d'angiome de la cloison nasale est connue depuis longtemps; il n'en est pas de même de son association avec des télangiectasies multiples de la peau et des muqueuses, dont il n'existe jusqu'à présent que le cas suivant rapporté par Rendu (*Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 1322). Un homme de cinquante-deux ans, dont le père avait eu des attaques répétées de melæna, et la mère et un frère avaient été sujets à des épistaxis, a été admis à l'hôpital, dans un état d'anémie profond, pour des saignements journaliers du nez depuis trois semaines. Il a eu sa première épistaxis à l'âge de douze ans et depuis ces hémorragies se reproduisaient surtout au printemps. Sur la peau du nez, des joues, de la lèvre supérieure, il y avait de nombreuses petites taches rouges dues à une dilatation des vaisseaux superficiels de la peau, mais il n'a jamais eu d'autres hémorragies. De petites télangiectasies semblables existaient à la face interne des lèvres, des joues, sur la langue et le voile du palais. Il n'y avait pas d'angiome punctiforme de la muqueuse de la cloison.

Sur les trois cas décrits par M. Osler, deux appartenaient à une famille, dont sept membres étaient sujets à des épistaxis. Les deux malades saignaient du nez dès leur enfance, et tous les deux présentaient de nombreux angiomes punctiformes sur la peau de la face et sur la muqueuse du nez, des lèvres, de la langue et des joues.

Le troisième malade souffrait d'épistaxis à répétition à un degré peu commun; les télangiectasies étaient plus abondantes sur le corps; elles étaient aussi très nombreuses sur les membranes muqueuses.

Cette affection n'a aucun rapport avec l'hémophilie, avec laquelle on pourrait la confondre.

L'auteur divise les angiomes en : 1° angiomes capillaires ou punctiformes très fréquents à la peau; ils peuvent être multiples, mais défigurent rarement; ils paraissent et disparaissent.

2° Angiomes nodulaires, solides, mesurant de 1 à 4 ou 5 millimètres de diamètre, et formant de petites tumeurs délimitées, soit sessiles, soit pédiculées.

3° Angiome en araignée formé: a) par trois ou quatre veines dilatées qui convergent vers un vaisseau central, ou b) par un nodule central rouge faisant saillie à la peau.

Quand l'angiome punctiforme ou l'angiome en araignée augmentent rapidement de nombre, ils défigurent l'individu. Dans le troisième cas de l'auteur, la peau de la face en était absolument criblée et, à une certaine distance, le malade paraissait complètement défiguré. Dans le premier cas, les angiomes saignaient si fréquemment qu'ils constituaient une source de danger pour la vie du malade.

Les angiomes présentent une curieuse relation avec les affections du foie. Dans la cirrhose, dans le cancer, dans l'ictère chronique, des angiomes en araignée peuvent apparaître à la face et sur d'autres parties du corps. Ils appartiennent ordinairement à la variété étoilée, semblable aux étoiles de Verheyen, à la surface des reins, ou bien une zone entière de l'étoile peut devenir très vascularisée, au point de former un territoire de peau circulaire ou ovoïde, de couleur pourpre, due aux petites veinules dilatées. Une douzaine au plus peuvent en apparaître sur le tronc. Dans quelques affections du foie, on voit apparaître sur la peau de grosses tumeurs télangiectasiques ou des angiomes; les vaisseaux sanguins n'occupent pas uniformément la peau, mais ils sont suffisamment nombreux dans les cou-

ches profondes pour en amener un changement de couleur. Les veinules dilatées sur le nez et le chapelet de veines dilatées le long de l'attache du diaphragme sont souvent accompagnées d'angiomé en araignée dans des cas de maladie du foie. L'auteur a récemment observé un angiome de ce genre dans un cas d'ictère catarrhal. (*John Hopkins Hospital Bull.*, nov. 1901, et *Journ. of Laryngol.*, janv. 1902.)

TRIVAS.

LARYNX ET TRACHÉE

Sur un cas de malformation congénitale du larynx, par le Dr KŒNIG, de Paris.

L'auteur signale le cas d'une femme de vingt ans qui se plaignait d'une sensation de chatouillement et de pression du côté gauche du larynx, quand elle émettait les sons aigus de sa voix, sensation qui provoquait une légère toux.

L'examen laryngoscopique permet de voir un pont de muqueuse reliant le cartilage aryténoïde au bord de l'épiglotte. L'auteur croit pouvoir attribuer les troubles produits à cette malformation congénitale.

Un professeur de chant, consulté, attribua ces troubles au fait qu'au lieu de tenir le larynx abaissé, la jeune chanteuse le laissait monter en émettant les notes aiguës, d'où la tension du petit pont de muqueuse.

Espérant qu'avec quelques exercices la chanteuse arriverait à se corriger, l'auteur remit à plus tard une intervention qui n'était pas urgente momentanément. (*Archiv. internat. de laryngo-oto-rhinol.*, n° 6, 1901.).

Dr MERCIER BELLEVUE.

Croup primitif du larynx chez un enfant de cinq ans; intubation pendant quarante-huit heures; bronchite purulente bilatérale; guérison, par M. BAYER.

L'auteur insiste sur les services que peut rendre l'intubation du larynx lorsque la trachéotomie est refusée. Appelé d'urgence près d'une enfant de cinq ans qui présentait tous les symptômes du croup, il fit aussitôt une

intubation du larynx, ayant soin de laisser un fil attaché au tube, afin de permettre de retirer le tube si le besoin s'en faisait sentir. L'asphyxie diminua, l'enfant se calma et put rentrer chez elle, après une injection de sérum antidiphtérique. Deux jours après, la malade allait mieux : on put retirer le tube. Mais, le troisième jour, une bronchite se déclare et l'enfant rejette des membranes. Depuis lors, l'amélioration fut rapide et l'enfant guérit assez vite.

L'auteur insiste sur ce fait que le croup du larynx est assez rare; l'injection du sérum antidiphtérique fut faite par pure précaution, car le bacille de Löffler ne fut pas recherché, et l'examen objectif n'avait pas révélé de fausses membranes.

Quant à l'intubation, elle a permis non seulement d'éviter une asphyxie imminente, mais encore elle a donné au sérum le temps d'agir et de dégager le larynx en facilitant l'expulsion des fausses membranes qu'il contenait.

Dr MERCIER BELLEVUE.

OREILLES

Un mode d'action inconnu du tympan artificiel *(Eine bisher unbekannte Wirkungsart des sog. künstlichen Trommelfells)*, par le Dr A. LUCAE.

Quand le tympan est largement perforé et qu'il y a sclérose de la platine de l'étrier, les ondes sonores, pour arriver au labyrinthe, passeraient tant par la paroi du promontoire que par la fenêtre ronde. Arrivées là, il se produirait des interférences capables de diminuer l'audition.

Le tympan artificiel, maintenant, agirait non pas en augmentant la pression intra-labyrinthique, — dans ce cas, il devrait toujours être placé contre une des deux fenêtres, et l'auteur a pu constater la même amélioration en le collant contre la partie tout antérieure du promontoire, — mais en mettant obstacle à l'une des deux voies d'accès susdites, c'est-à-dire en empêchant les ondes sonores de passer par la paroi osseuse du labyrinthe. Plus d'interférence, plus de diminution de l'audition.

Normalement, cette espèce d'inhibition serait produite

par le tympan soumis à l'action du tenseur du tympan. Les ondes sonores qui passeraient malgré tout et arriveraient sur le promontoire seraient réfléchies. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 3 et 4.) Dr BERTEMES.

De la trépanation mastoïdienne dans les névroses *(Neurosen und Warzenfortsatz)* (travail de la clinique Trautmann, Berlin), par le Dr R. MÜLLER.

Les observations rapportées se divisent en 2 cas d'épilepsie, 1 de chorée, 1 d'hystéro-épilepsie, 4 d'hystérie, 1 d'hystérie menstruelle et 1 de sclérose en plaques, toutes affections nerveuses survenues dans le cours d'otites purulentes chroniques, datant la plupart de l'enfance, et s'étant compliquées du côté de l'apophyse.

Les malades n'étaient âgés que de quinze à vingt-trois ans, et la nécrose ne datait que de cinq ans au plus, deux points très importants à noter aux yeux de l'auteur.

Chez tous, la trépanation mastoïdienne a amené une amélioration plus ou moins durable, mais très nette, de l'affection nerveuse. Il y eut guérison complète dans un cas (chorée).

Il semble qu'on peut exclure tout phénomène *réflexe* entre l'affection auriculaire et la névrose, puisqu'il n'y a eu qu'amélioration et non guérison, et que l'amélioration s'est fait sentir bien avant que la mastoïde ne fût guérie et cicatrisée. Elle était aussi trop durable pour pouvoir être imputée à la narcose ou au shock opératoire, dont on connaît l'influence quelquefois heureuse dans l'épilepsie et l'hystérie.

L'auteur admettrait plutôt comme facteurs thérapeutiques la perte de sang pendant l'opération, et l'effet du traitement post-opératoire, perte de sang et soins consécutifs équivalents à une saignée et à un drainage continuel de l'encéphale. Il faut dire que, dans toutes les opérations, la dure-mère a été mise à nu intentionnellement. Ces perturbations vasculaires auraient amené des modifications nutritives dans les territoires nerveux lésés, et causé ainsi une détente dans l'évolution de la maladie.

L'observation X (sclérose en plaques) est très instructive à ce sujet. On sait que, dans cette dernière maladie, il s'agit de phénomènes congestifs et hyperémiques qui entraînent la formation d'un tissu conjonctif enserrant les cellules nerveuses. La spoliation sanguine pouvait donc y amener une certaine régression; c'est ce qui a eu lieu et, chose remarquable, l'amélioration n'a duré que ce qu'a duré le drainage par les pansements post-opératoires.

Comme conclusion générale, l'auteur insiste : 1° sur le fait que la coexistence d'une névrose et d'une mastoïdite peut être une indication de plus à opérer; 2° sur la valeur du drainage post-opératoire dans toutes les interventions sur le cerveau. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 3 et 4.)

Dr BERTEMES.

Du rôle des glandes lymphatiques péri-auriculaires *(Ueber die Rolle der Lymphdrüsen in der Umgebung des Ohres)*, par le Dr JÜRGENS, de Varsovie.

Les glandes lymphatiques péri-auriculaires peuvent être atteintes au cours de n'importe quelle infection partie d'un point quelconque de l'organisme, à la suite d'un traumatisme du voisinage, enfin, et c'est le point spécialement étudié par l'auteur, dans toutes les affections inflammatoires de la caisse par voie lymphatique directe, ainsi que l'ont montré Gruber et Kessel. Il se peut que l'otite guérisse et qu'il n'en reste que les glandes péri-auriculaires hypertrophiées qui, alors, peuvent en imposer pour absolument indépendantes de tout autre processus pathologique. Quand ces glandes, surtout celles qui avoisinent ou recouvrent l'apophyse, s'enflamment, elles simulent quelquefois une mastoïdite aiguë, dont elles possèdent les deux symptômes les plus apparents, la fièvre et la sensibilité à la pression. Il faut alors rechercher s'il n'en existe pas d'autres vers la parotide, les bords antérieur et postérieur du sterno-mastoïdien, et se garer de cette façon de toute erreur diagnostique. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, févr. 1902.)

Dr BERTEMES.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 15. 12 AVRIL 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

UN CAS DE GOITRE LINGUAL[1]

Par MM.

CURTIS,
professeur d'anatomie pathologique

GAUDIER,
professeur agrégé

à la Faculté de médecine de Lille.

Le 22 août 1900, pendant une suppléance du professeur Dubar à la Clinique de l'hôpital de la Charité, l'un de nous a eu l'occasion d'observer et d'opérer une jeune fille porteuse de la tumeur rare de la langue dont nous allons relater l'histoire.

OBSERVATION. — Il s'agissait d'une personne de vingt et un ans, de bonne santé apparente, qui se présenta à la consultation pour des troubles de la déglutition et de la phonation. Ce n'est pas de dysphagie qu'elle se plaignait, mais d'une certaine difficulté pour avaler les bouchées un peu grosses.

La voix possédait le timbre nasal, jamais très sonore, souvent rauque ou sourde. La malade rattachait tous ces troubles à la présence sur la langue d'une tumeur qu'elle portait depuis bientôt cinq ans, et dont elle avait été opérée il y a deux ans à Paris. L'opération avait, paraît-il, consisté en le morcellement de la tumeur, suivi de cautérisations. Elle avait été soulagée pendant plus d'un an et demi, mais le retour des accidents la force à rentrer à l'hôpital.

A l'examen de la bouche et de la base de la langue au moyen du miroir laryngien, on aperçoit facilement, en arrière du V lingual, une tumeur arrondie médiane, du volume d'une grosse noix et

1. Travail reçu le 16 février 1902.

refoulant un peu l'épiglotte. Cette tumeur est recouverte d'une muqueuse d'apparence normale, et un fin lacis de vaisseaux variqueux lui forme une couronne. A la palpation, la consistance en est rénitente, presque molle : la muqueuse de la langue paraît glisser dessus facilement, mais la tumeur est adhérente profondément dans la masse charnue des muscles de la langue. Le reste de la bouche est normal, pas de grosses amygdales, pas d'hypertrophie du tissu lymphatique du pharynx buccal. Le larynx est intact, sans lésion des cordes vocales, qui fonctionnent bien.

Du côté du cou, on ne constate aucune saillie correspondant à la tumeur linguale. Par la palpation profonde de la région sus-hyoïdienne, on perçoit difficilement le relief de la masse, et le toucher buccal combiné ne donne pas d'indications précises sur le volume et les adhérences possibles. Le corps thyroïde est petit, il n'y a pas de ganglions sous-maxillaires ou cervicaux. La santé générale est bonne, tout au plus peut-on noter un certain degré de nervosité coïncidant avec une légère exophtalmie, mais sans palpitations, sans les troubles particuliers que l'on rencontre même dans les formes frustes de la maladie de Basedow. Il n'y a pas de fièvre, le cœur et les poumons sont sains. La numération des globules a été faite, ainsi que l'analyse des urines, et n'a rien montré d'anormal.

Le diagnostic n'était pas précisément facile : tumeur maligne ou tumeur bénigne, tumeur solide ou liquide? On pouvait penser à une tumeur bénigne de préférence à une maligne, car l'évolution avait été très lente, et il y avait absence d'adénopathie, de douleurs et de troubles généraux. La tumeur, il est vrai, est peu ou pas mobile; mais, dans la langue, il est très difficile de préciser le degré de mobilité d'une tumeur, car le muscle, en se contractant, bride la masse et l'immobilise.

Tumeur bénigne, mais laquelle? Les *kystes* occupent ce siège à la base de la langue, mais ils sont, en général, plus mous et présentent de la fluctuation manifeste. La coloration superficielle est aussi différente : car le kyste, étant souvent sous-muqueux, laisse percevoir, à travers la transparence de cette mince enveloppe, son aspect clair ou jaunâtre, surtout s'il s'agit d'un dermoïde. Le *lipome* de la langue est ordinairement mou, et présente tous les caractères d'une tumeur kystique, la fluctuation paraissant quelquefois évidente. Mais, aussi, il n'occupe pas souvent la base de la langue, et de préférence il siège à la partie moyenne ou à la pointe. Le *fibrome* pur ou associé aux tissus graisseux, cartilagineux, osseux, est très rare dans la langue, et surtout décrit chez l'homme.

Cette tumeur tend aussi à se pédiculiser assez vite et prend l'aspect polypoïde.

L'*hypertrophie de l'amygdale linguale* est assez fréquente, et, au premier abord, on pourrait croire à une tumeur; mais, en réalité, il s'agit d'une tuméfaction superficielle, qui ne forme pas tumeur dans la profondeur. Les *angiomes* sont communs à la base de la langue, mais leur coloration violette ou noirâtre, leur mollesse, leur réductibilité, leur consistance au toucher sont caractéristiques. La *gomme syphilitique* évolue d'une manière différente, elle se ramollit vite, elle est rarement unique, les commémoratifs et la présence d'autres accidents spécifiques font faire, même en dehors du traitement, le diagnostic. Le diagnostic est surtout à faire entre la gomme ulcérée et le cancer.

Les tumeurs *congénitales* de la langue sont très rares et présentent des caractères très variables, qui simulent tantôt un kyste, tantôt une tumeur solide; mais leur évolution les range plutôt dans la catégorie des tumeurs bénignes. Le diagnostic exact se fait en général à l'examen microscopique.

Le nôtre, dans ce cas, avait été *lipome* ou *lipo-sarcome*.

Opération le 3 septembre 1900. — Cette intervention tout entière a été pratiquée par la voie buccale. Anesthésie au chloroforme dans la position de Rose. La bouche est largement maintenue grande ouverte au moyen de l'ouvre-bouche de Doyen, et un fil de soie passé dans la langue permet d'exercer des tractions sur cet organe et d'attirer la tumeur le plus en avant possible. On peut ainsi arriver à en voir très nettement les limites, et, comme premier temps opératoire, au moyen d'une grande aiguille de Hachedorn très courbe, on passe sous la masse et en plein tissu lingual, aussi loin que possible de ses limites, un fort fil de soie plate, qui après l'ablation de la tumeur permettra de faire une hémostase soignée en rapprochant rapidement les lèvres de la plaie. De plus, ce fil servira aussi, pendant l'opération, à tirer sur la langue. Incision sur le sommet de la tumeur et parallèlement à son grand axe. Il est impossible d'arriver sur un plan de clivage, et, devant cette adhérence, intime de la muqueuse et de la muqueuse sous-jacente, on pratique l'ablation de la tumeur en taillant en pleine langue au moyen d'une incision ovalaire et en passant en dehors de la tumeur. Ce temps est fort facilité par la soie postérieure, qui permet d'exercer une traction énergique hémostatique. La tumeur enlevée, les deux lèvres de la plaie linguale sont rapprochées facilement, grâce au fil de soie dont on noue solidement les deux chefs. Trois autres points de suture à la soie fine et superficiels ferment complètement la

plaie. L'opération a duré en tout une demi-heure, et l'écoulement de sang a été peu considérable. Soins de la bouche, gargarismes répétés à l'eau chloratée, attouchements à l'eau oxygénée, tel a été le traitement ultérieur. Les suites, d'ailleurs, ont été des plus simples, les fils ont été enlevés au huitième jour, et deux d'entre eux avaient déjà coupé les tissus.

La malade a été revue au bout d'un an, et il n'y avait aucune trace de récidive. La région était souple, et on ne sentait aucun noyau profond. La déglutition et la voix étaient redevenues normales.

Examen de la pièce enlevée. — Les fragments de la tumeur ont été remis en presque totalité au professeur Curtis, qui a bien voulu en pratiquer l'examen anatomo-pathologique.

Le fragment qui nous a été remis ne présentait que de faibles dimensions.

Déjà, à l'œil nu, on reconnaît, à la surface de la coupe un aspect spongieux particulier, qui rappelle celui d'un tissu formé de cavités et de trabécules intermédiaires.

Sur une coupe faite perpendiculairement à la surface de la muqueuse linguale et intéressant toute la largeur du fragment, on reconnaît à un faible grossissement les détails suivants :

Le revêtement épithélial de la langue au niveau du néoplasme présente uue diminution d'épaisseur notable. Il se réduit à 60, à 70 μ, et se limite au contact des tissus sous-jacents par un bord tout à fait rectiligne en certains points, à peine sinueux en d'autres, par suite de l'atrophie et de l'aplatissement des papilles dermiques.

La surface épithéliale est recouverte d'une couche cornée très irrégulière, qui tantôt manque complètement, tantôt s'hypertrophie et constitue plus de la moitié de l'épaisseur totale de l'épithélium.

Tout à fait sur les bords de la coupe, là où les tissus pathologiques se continuent avec les régions saines, on voit la couche épithéliale reprendre une épaisseur considérable

Fig. 1. — Coupe d'ensemble du néoplasme à un faible grossissement.

Fig. 2 — Coupe d'une partie du néoplasme à un fort grossissement montrant la structure thyroïdienne typique.

Explication des lettres des figures — *e*, Épithélium de la muqueuse buccale; *b*, Derme conjonctif de la muqueuse et travées conjonctives interstitielles du néoplasme. *d*, Couche cornée de l'épithélium, *v*, Vaisseau du derme; *a*, Vésicules closes à contenu colloïde et substance colloïde remplissant les vésicules qui forment la masse du néoplasme, *c*, Petit épithélium cubique qui tapisse les vésicules closes.

jusqu'à 300 μ, en même temps que les papilles dermiques s'hypertrophient. Immédiatement sous l'épithélium existe une couche de tissu conjonctif formé de faisceaux de fibres lamineuses fines, à trajet parallèle à la surface épithéliale, légèrement ondulées.

Cette couche, au niveau du centre de la tumeur, ne dépasse pas $0^{mm}3$, de sorte que l'on peut dire que le tissu néoplasique que nous allons rencontrer plus profondément affleure presque à la surface muqueuse. Sur les bords de la coupe, vers les régions saines, cette couche conjonctive devient beaucoup plus épaisse.

On trouve dans cette couche conjonctive, répondant au derme de la muqueuse :

a) Des vaisseaux sanguins. Les uns capillaires, encore gorgés de sang; d'autres à paroi musculaire vides, et parfois atteints d'une légère hypertrophie de la musculaire.

b) Des fentes lymphatiques, par places ectasiées; surtout sur les bords de la coupe au niveau de la transition avec les parties saines.

c) Quelques points d'infiltration leucocytaire, surtout au voisinage de l'épithélium.

Ce qui frappe surtout, c'est que dans toute l'étendue de *la coupe il n'existe aucune trace de fibres musculaires,* de sorte que, sans être prévenu, il serait impossible de reconnaître que l'on a sous les yeux un fragment de la langue.

d) On trouve sur les bords de la coupe à droite et à gauche, dans la couche conjonctive, qui s'épaissit à ce niveau, des petits groupes *de glandes muqueuses* acino-tubuleuses, pourvues d'un épithélium formé de grosses cellules muqueuses claires et prenant fortement l'hématoxyline.

En quelques points, ces glandes présentent de la sclérose inter-acénique très nette, en même temps que leurs cellules paraissent nécrobiosées (noyau non colorable, plus de coloration du mucus par l'hématoxyline, cellules transformées en petits blocs incolorables).

Nous arrivons maintenant à la masse néoplasique proprement dite.

De la couche conjonctive que nous venons de décrire se détachent vers la profondeur des travées qui s'enfoncent dans le tissu néoplasique et le cloisonnent de toutes parts, limitant une infinité de vésicules de toutes dimensions, dont l'ensemble constitue la masse même de la tumeur. Celle-ci est donc essentiellement formée de vésicules closes séparées les unes des autres par des lames conjonctives émanées du derme de la muqueuse. Parmi ces vésicules, les plus grandes, atteignant 1 millimètre à $0^{mm}7$, sont donc visibles à l'œil. Les plus petites ne dépassent pas 10 à 14 μ.

Il existe une certaine régularité dans la topographie de toutes ces vésicules closes. Les plus grandes abondent vers le centre et les couches profondes, les plus petites forment comme une ceinture de petits îlots à la périphérie de la tumeur. Quelques-unes même s'égarent jusqu'au voisinage le plus proche de l'épithélium. Il est certain que la section chirurgicale a porté en pleine masse néoplasique, dont une grande partie a dû certainement rester en place.

Dans les travées conjonctives intervésiculaires il n'y a rien à signaler qu'une abondance assez grande de vaisseaux.

Dans les vésicules mêmes on trouve :

a) Des masses homogènes légèrement rétractées par l'alcool, remplissant complètement les vésicules. Ces masses ont tous les caractères optiques et chimiques du véritable colloïde thyroïdien.

b) Un revêtement épithélial continu formé de petites cellules cubiques ou légèrement cylindriques.

c) Sur certaines vésicules on voit les vestiges de la paroi propre, mais en général celle-ci n'apparaît pas et dans la plupart des vésicules l'épithélium semble siéger directement sur la travée conjonctive limitante.

En somme, on a sous les yeux une véritable coupe de corps thyroïde, qui ne diffère d'une coupe de corps thyroïde

normal que par sa situation absolument aberrante au milieu du derme de la muqueuse linguale.

A un faible grossissement, on constate que le revêtement épithélial présente une diminution d'épaisseur notable; il est réduit à 70 μ, et se trouve limité par un bord rectiligne sans trace aucune d'élévations papillaires. A la surface existe une couche cornée se colorant en jaune et orange par l'acide picrique. Cette couche n'est pas continue et n'est pas régulière. En certains points elle est très épaisse, représente plus de la moitié de ce revêtement, puis redevient mince et manque totalement ailleurs. Sur les parties latérales on peut voir les papilles reparaître, mais elles sont larges, peu élevées, comme aplaties par l'expansion du néoplasme sous-jacent.

Tout à fait sur les bords, on voit les papilles reprendre une hauteur considérable et le revêtement épithélial prendre une épaisseur très grande, 280 à 300 μ, et même plus. Cet épithélium a alors une couche cornée régulière.

Immédiatement sous l'épithélium existe une couche de tissu conjonctif formé de faisceaux de fibres lamineuses fines à trajet parallèle à la surface, légèrement ondulées. Cette couche, au point culminant de la tumeur, ne dépasse pas 300 μ, de sorte que l'on peut dire que cette paroi néoplasique affleure presque à la surface muqueuse.

Sur les côtés de la masse néoplasique, la couche conjonctive devient plus épaisse.

On trouve dans cette couche :

1° Des vaisseaux sanguins, les uns capillaires, gorgés de sang, d'autres à paroi musculaire, petites artérioles, parfois à parois assez épaisses;

2° Des fissures lymphatiques;

3° Quelques points d'infiltration leucocytaire, surtout au voisinage immédiat de l'épithélium. Ce qui frappe, c'est que dans toute cette région il n'existe aucune trace de *fibres musculaires*, même sur les parties tout à fait latérales; là où les tissus pathologiques devaient se continuer avec les parties

intactes on ne trouve rien qui rappelle le tissu musculaire de la langue;

4° On trouve sur les bords de la coupe, à droite et à gauche, dans la couche conjonctive qui, en ce point, paraît presque fibreuse, des glandes muqueuses, petites glandes en grappe et lobulées, avec grosses cellules polyédriques *claires* à noyau basilaire, se colorant *bien par hématoxyline*. Ces glandes sont par places *sclérosées*.

De la couche conjonctive se détachent des travées qui s'enfoncent dans la *masse néoplasique* et la cloisonnent. Ces cloisons limitent une infinité de vésicules thyroïdiennes typiques.

Les plus grandes vésicules atteignent 50 × 14 μ à 1000 μ. Les plus petites vésicules ont 10 à 14 μ.

Ces vésicules sont disposées, les plus petites par groupes, surtout à la *périphérie* et surtout sur la *muqueuse;* d'autre part, au niveau des confluents principaux des grandes travées conjonctives.

Épithélium cylindrique, cubique (5 μ de haut sur 2,5 à 3 de large), et même lamelleux sur les plus grands.

Noyau peu coloré.

En certains points, les vésicules sont presque *adossées*.

Il s'agissait donc là d'un goitre lingual.

Les observations de goitre lingual ne sont pas très nombreuses. En effet, avec la nôtre nous n'avons pu en recueillir que vingt-cinq. Leur histoire est d'ailleurs toute récente, et, à part un travail sur la question, la thèse inaugurale d'Armeilla [1], les observations sont éparses [2].

1. Armeilla, *Le Goitre lingual*. Thèse de Lyon, 1900. (Nous renvoyons à cette thèse pour la bibliographie principale.)

2. Observations non citées par Armeilla :

a) Reintjes (de Nimègue), Soc. de laryngol., rhinol., otol. hollandaise, 1898.

b) Benjamins, Un cas de goitre de la racine de la langue (*Nederl. Tijdsch. voor genesk*, 1899).

c) Postumus Meyjes, *Un cas de glandule thyroïde accessoire de la base de la langue* (Soc. belge d'otol., 1899, p. 86).

d) Watson, Deux cas de glandes thyroïdes accessoires (*New-York med. Journ.*), avec deux microphotographies, 1899, p. 575.

On peut définir le goitre lingual une tumeur composée de tissu thyroïdien normal ou pathologique développée dans la langue aux dépens des *glandes ou amas thyroïdiens accessoires* que l'on peut rencontrer dans l'épaisseur de cet organe. Très rapidement, nous allons ici rappeler les données embryologiques indispensables à connaître pour comprendre le développement de la thyroïde et des thyroïdes accessoires.

La thyroïde se développe aux dépens d'un bourgeon médian plein ou creux de l'épithélium bucco-pharyngien, au niveau des deuxièmes fentes branchiales. Ce bourgeon répond dans la suite au point d'union des trois rudiments de la langue. Il se détache bientôt de la paroi du pharynx à laquelle il n'est plus relié que par un mince pédicule épithélial (cordon thyréo-glosse) qui peut persister anormalement et se creuser d'une lumière centrale dont l'ouverture répond au foramen cæcum (canal thyréo-glosse). L'ébauche de la thyroïde bourgeonne activement, devient bilobée et subit un mouvement de descente dû au développement du cou, et qui l'éloigne de son point d'origine. C'est dans ce mouvement de descente que certains cordons épithéliaux peuvent se détacher de la masse principale de la glande, *rester en place*, bourgeonner pour leur propre compte, et constituer des *thyroïdes accessoires ou aberrantes*. Le goitre peut provenir d'un *fragment accessoire* détaché de *très bonne heure* alors que l'*ébauche était encore au contact* ou *très voisine* de l'*épithélium bucco-pharyngien*, ou bien, mais plus *rarement*, d'un arrêt dans la descente et le développement du bourgeon primitif, qui évolue ultérieurement sur place près de son point d'origine.

Ces glandules accessoires ont donc une structure identique à celle de la glande principale et doivent présenter les mêmes fonctions physiologiques. Elles se rencontrent assez souvent au cours des dissections fines, et présentent le volume, en général, d'un grain de mil ou de chènevis, rarement plus. Leur forme est arrondie, leur surface lisse ou granuleuse. Très souvent en relation avec le squelette, elles sont quelquefois

libres dans l'épaisseur de la langue. Leur siège le plus habituel est le voisinage du foramen cæcum, soit sur la ligne médiane, soit sur les côtés. L'hyperplasie simple de ce tissu ou sa dégénérescence colloïde ou kystique donneront naissance au goitre lingual. En effet, dans les examens anatomo-pathologiques annexés aux observations de pareilles tumeurs, on lit qu'il s'agit tantôt d'un tissu absolument semblable à celui du corps thyroïde normal, tantôt d'un tissu thyroïdien en voie de dégénérescénce colloïde ou kystique. Dans certains cas, la tumeur était nettement *encapsulée* (Watson), le plus souvent il n'y a pas d'enveloppe propre. Ces différences de structure expliqueraient aussi les différences de consistance rencontrées par les auteurs à la palpation : tumeur dure ou élastique, tumeur presque fluctuante.

Le goitre lingual, d'après les observations publiées, est une affection propre au sexe féminin ; en effet, sur 25 cas 3 seulement (ceux de Lucke, Benjamins, Reintjes) auraient trait à un homme. C'est de quinze à trente ans qu'il a été trouvé avec la plus grande fréquence, quoiqu'il ait été signalé chez une femme de soixante-dix-sept ans (Staelin), et chez un nouveau-né (Hyckman). Ces données étiologiques de sexe et d'âge ne diffèrent pas d'ailleurs de celles qui concernent le goitre ordinaire. Aussi bien il règne la même obscurité sur l'étiologie et la pathogénie du goitre lingual que sur celles de ce dernier.

Nous avons déjà dit le siège de choix de cette tumeur thyroïdienne, nous ajouterons que son volume est très variable, depuis celui d'une cerise ou d'une noix jusqu'à celui du poing (Lucke).

A l'examen au miroir laryngoscopique on constate habituellement que la muqueuse qui recouvre la tumeur est normale (dans une observation de Watson il y avait une ulcération), quelquefois un peu plus colorée, avec hypertrophie des papilles du V lingual et quelquefois de l'amygdale linguale. Toujours il existe un développement assez important

de vaisseaux sanguins qui forment au goitre une couronne serrée. Ces vaisseaux pénètrent dans la profondeur, ce qui explique le saignement abondant pendant l'extirpation.

La tumeur, dans certains cas, paraît mobile et indépendante des tissus où elle s'est développée; mais c'est l'exception, et la plupart du temps la masse est immobile, noyée dans l'épaisseur de la langue. Cela doit dépendre d'ailleurs de l'âge de la tumeur et surtout des poussées inflammatoires qu'elle a pu subir. Il en est de même de la mobilité de la muqueuse de la langue sur la tumeur, évidente dans quelques cas, douteuse ou nulle dans d'autres.

La *symptomatologie* est très différente, suivant que l'on trouve une petite tumeur à la base de la langue ne comprimant pas le larynx, ne faisant pas saillie dans la région sus-hyoïdienne, ou que l'on rencontre une masse volumineuse obstruant l'arrière-gorge, gênant la respiration, la déglutition, la phonation.

Dans le premier cas, les sensations du malade sont très variables, mais ne présentent rien de caractéristique. C'est un sentiment de gêne à la base de la langue, semblable à celle que produirait un corps étranger resté dans le sillon glosso-épiglottique (c'est la caractéristique de toutes les tumeurs de la base de la langue). Il en résulte une envie continuelle de déglutir et une petite toux sèche pharyngée. Puis la voix se casse, et le malade voit un médecin qui aperçoit la tumeur soit en faisant ouvrir la bouche simplement, soit en se servant du miroir laryngoscopique.

Parfois ce seront des hémorragies survenant sans cause apparente (Reintjes), sans quinte de toux ni vomissement, ou après la déglutition d'un volumineux fragment alimentaire qui amèneront le malade effrayé chez le médecin, lequel découvrira que le saignement est dû à la déchirure des veines superficielles qui rampent à la surface de la tumeur linguale.

Dans un second ordre de faits, la masse, d'abord bien tolérée parce que petite, grossit brusquement, et, par son

volume, gêne sérieusement les fonctions de respiration et de déglutition. Ce seront alors l'asphyxie progressive ou brusque, la dysphagie qui mettront vite sur la voie de cet obstacle, par l'examen du pharynx qu'elles nécessiteront. Mais on peut voir aussi une tumeur volumineuse ne causer aucun trouble et n'être constatée que par hasard ou par suite de son évolution du côté du cou. Dans tous ces cas, il n'existera pas d'adénopathie, et l'état général du malade sera bon[1].

Un point intéressant de l'histoire clinique de ces tumeurs est la possibilité de l'*absence de la glande thyroïde principale* qu'on ne retrouve pas à la palpation (Seldowitsch, Kraske, Benjamins, Postumus Meyjes) et qui se confirme par l'apparition du myxœdème post-opératoire.

L'évolution du goitre lingual est mal connue, et cela s'explique par le peu de symptômes qu'occasionne le développement très lent ordinairement de ces sortes de tumeurs. Une d'elles (très volumineuse) n'a même été constatée qu'à l'autopsie. Il faut qu'elles aient déjà un certain volume, au moins celui d'une noix, pour que la malade en ressente quelque gêne. Dans certains cas, et peut-être n'est-ce là qu'une coïncidence, la gêne pharyngée très légère a augmenté brusquement à la suite d'une maladie aiguë, grippe (Warren), coqueluche (Wolf). Il est probable aussi que la puberté joue un rôle dans le développement de ces éléments thyroïdiens accessoires comme elle en joue un dans l'évolution de la glande principale.

Nous avons déjà parlé plus haut de diagnostic différentiel, nous n'y reviendrons pas, ajoutant cependant qu'il n'a presque jamais été fait sur place, et que cela a été en général une surprise de l'examen anatomo-pathologique (sauf le cas de Postumus Meyjes, et encore il n'y a pas eu d'examen).

Le pronostic est ordinairement favorable, car il n'existe pas de mort post-opératoire, et l'on n'a pas constaté de dégéné-

1. Nous ne connaissons qu'une exception, l'observation d'une malade de Watson, âgée de cinquante ans et cachectique.

rescences cancéreuses de ces organes, mais il pourrait cependant devenir sérieux dans les cas, par exemple, où le *volume* de la tumeur et sa *vascularisation* pourraient donner lieu à des troubles de la respiration ou à des hémorragies difficiles à arrêter. Ces mêmes raisons seraient capables aussi de rendre une intervention plus longue, plus minutieuse, et les suites moins bénignes qu'ordinairement. Ajoutons que dans trois cas (Seldowitsch, Kraske et Benjamins), il y eut après l'ablation de la tumeur des accidents de myxœdème, heureusement bénins, et tout cela pourra peut-être un jour assombrir ce pronostic.

Le seul traitement réside dans l'extirpation de la tumeur. Ce n'est pas qu'on n'ait tenté l'influence d'un traitement médical, iode et iodure, arsenic, mais tout cela sans résultats appréciables.

Il existe deux voies pour pratiquer l'extirpation : l'une *buccale*, l'autre *sus-hyoïdienne*, celle-ci *simple*, ou *compliquée* de sections de l'*os hyoïde* (Vallas, Dubar) ou du *maxillaire inférieur* (Wolf). La voie *buccale* a été employée par les opérateurs Parker, Butlin, Collins, Baber, Ilraith, Seldowitsch, Kraske, Schalde, Watson, sans *trachéotomie préventive;* par Butlin, Lympius, Reintjes, avec *trachéotomie* et *canule-tampon* de Trendelenburg. L'anesthésie a été locale (cocaïne) ou générale (chloroforme).

Essentiellement, après large ouverture de la bouche, la tumeur est attirée au dehors ou du moins le plus en avant possible, soit avec des pinces, soit mieux à l'aide d'un fil de soie passé dans la langue en avant ou en arrière de la masse : ce fil permettant après l'ablation de faire une hémostase plus facile et plus rapide.

L'incision de la muqueuse faite suivant et sur le grand axe de la tumeur, il a été dans quelques cas facile de pratiquer l'énucléation. Mais ce n'est pas la règle, et il faut ou bien une dissection minutieuse, ou bien enlever la masse en taillant en plein tissu de la langue autour d'elle, soit au

bistouri, soit au galvanocautère. L'hémorragie est plus ou moins considérable, et l'emploi du fil de soie passé au-dessous de la tumeur permet, par le rapprochement rapide des tissus, de l'arrêter rapidement.

Le reste de l'incision est réuni par des points de suture superficiels, et sans drainage.

La voie sus-hyoïdienne *simple* a été employée par Lucke et Bernays. L'incision s'étend du maxillaire inférieur à l'os hyoïde, sur la ligne médiane. Elle donne *peu de jour*, et si la tumeur est *haut* située, l'accès en est peu commode malgré l'écartement des deux lambeaux formé par le muscle mylo-hyoïdien, qui constitue une sangle serrée.

C'est pour cette raison que Wolf ajouta à la section simple, dans un cas de tumeur volumineuse, la *section médiane du maxillaire inférieur*, après trachéotomie avec la canule-tampon et la ligature préalable des deux linguales, et que Vallas imagina la *section de l'os hyoïde* déjà, il est vrai, employée par Dubar et par Galish dans un cas analogue, en 1894.

C'est cette voie transhyoïdienne qui sera préférée à la voie transmaxillaire, *trop mutilante*, toutes les fois qu'il faudra se donner beaucoup de jour. La peau est incisée de la symphyse mentonnière à l'angle supérieur du cartilage thyroïde. Le corps de l'os hyoïde est ensuite dénudé avec soin et on le sectionne facilement avec une cisaille de Liston. En écartant les deux fragments de l'os sectionné, on entraîne aisément les fibres du mylo-hyoïdien et on parvient ainsi sur la base de la langue et sur la partie inférieure de la tumeur. Il est alors facile d'attirer celle-ci au moyen de pinces et d'en pratiquer la dissection et l'extirpation. On termine l'opération en suturant au fil d'argent les deux fragments d'os hyoïde sectionné, en drainant et en réunissant le mieux possible les deux lèvres de la plaie.

Quelles sont les indications respectives de ces deux voies d'accès sur la tumeur linguale? Il est bien certain qu'elles ne

dépendent que de la situation de la tumeur dans la langue et de son volume.

A tumeur *linguale supérieure, petite,* faisant *saillie* à la base de la langue et *pas du tout à la région sus-hyoïdienne,* est *réservée* la voie *buccale,* et d'autant plus que la bouche sera *grande* et la langue moins *charnue* et, par conséquent, plus attirable en avant.

A tumeur *linguale inférieure* faisant *saillie dans la région sus-hyoïdienne, volumineuse,* peu accessible par la bouche *étroite,* avec une *langue courte et charnue* est réservée la voie *sus-hyoïdienne,* simple ou mieux compliquée de *section de l'os hyoïde.*

L'utilité de la trachéotomie préventive peut être discutée pour les opérations par la voie buccale, et encore faudrait-il pour cela des cas où la tumeur, volumineuse et adhérente, serait plutôt justiciable de la voie sus-hyoïdienne; quant à cette dernière voie, il paraît exceptionnel que l'on soit amené à pratiquer la trachéotomie préventive, surtout que l'on peut employer la position de Rose qui empêche l'entrée du sang dans les voies aériennes.

Si, après l'intervention, se produisaient précocement ou tardivement des accidents de myxœdème, il est évident qu'il faudrait les traiter par la médication thyroïdienne qui, dans ces cas, a donné de beaux résultats.

La récidive n'est pas la règle, sauf dans le cas où de petits fragments de tumeur seuls ont été enlevés, et où l'opérateur à laissé la masse principale.

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE

RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

VII[e] Congrès annuel tenu a New-York du 23 au 25 mai 1901

M. Passemore Berens (New-York). — **Un cas de correction d'une déformation interne et externe du nez** *(A case of corrected esternal and internal deformyti of the nose).*

Il s'agit d'un jeune homme qui a reçu, étant enfant, un

violent traumatisme sur le nez. Dos du nez, élargi, surélevé et défléchi à gauche, formait une bosse. Cloison déviée du même côté, adhérente, occasionnant une occlusion presque complète des fosses nasales. Les os du nez et une partie des cartilages furent mis à nu, et la bosse osseuse sectionnée avec un ciseau. Les parties ont été fermées et la plaie pansée. L'opération a été pratiquée en partie par instrument tranchant, en partie par un écraseur. La guérison a été rapide.

M. Otto Stein (Chicago) dit avoir compris que les pinces avaient été employées pour séparer les os du nez d'avec leurs attaches avec le frontal et le maxillaire supérieur. Quoique ayant pratiqué cette opération plusieurs fois, il lui est arrivé, à deux reprises, d'éprouver de grandes difficultés à détacher les os propres des maxillaires.

M. Thomas Harris (New-York). — **Thrombus du sinus latéral** *(Thrombus of the lateral sinus).*

Le malade, âgé de vingt-trois ans, a été admis à l'hôpital le 3 avril dernier pour des douleurs et un écoulement d'oreille datant d'environ huit jours et une tuméfaction du cou. Pas d'élévation de la température au moment de l'admission, le malade se plaignait seulement de céphalées frontales. Quelques jours après, une incision exploratrice ayant été jugée nécessaire, on ouvrit l'apophyse mastoïde, mais on ne trouva rien d'anormal. En poursuivant son exploration, l'auteur découvrit dans le sinus longitudinal un caillot qu'il enleva. A partir de ce jour jusqu'au 17 avril, le malade alla bien, mais à cette date eut lieu un retour offensif de tous les symptômes. On prolongea l'incision jusqu'à la clavicule. La veine jugulaire a été ouverte, mais on ne trouva point de caillot jusqu'à ce qu'on ait atteint la veine faciale. Le malade fit une pneumonie métastatique et son état est resté très grave pendant plusieurs jours. A aucun moment il n'y eut ni douleur de l'apophyse mastoïde ni pus dans cette région. La douleur dont le malade se plaignait était entièrement localisée au lobe frontal du cerveau. La symptomalogie du cas est restée pour l'auteur très obscure.

M. D. Lederman (New-York) dit qu'on ne doit pas s'attendre à trouver le cortège des symptômes classiques dans chaque cas d'affec-

tion sinusienne ou mastoïdienne. Dans un de ses propres cas il y eut un écoulement d'oreille depuis dix semaines, mais aucun des symptômes classiques de la mastoïdite. La paracentèse n'a donné issue qu'à du sang. On fit alors une trépanation de l'apophyse mastoïde, mais le sinus a été trouvé sain. Une ou deux semaines après, le sinus a été mis à nu et l'on trouva une thrombose de la veine jugulaire. Celle-ci a été liée près de la clavicule et ouverte, mais elle ne contenait pas de sang. En raison de l'état grave du malade, l'opération n'a pas été exécutée au complet, et le malade succomba peu après. Dans un autre cas il s'agissait d'une mastoïdite aiguë chez une femme qui venait d'accoucher. Le sinus a été curetté sur une étendue de un pouce et demi et la jugulaire mise à nu. Cette dernière a été liée et ouverte; on y trouva un liquide trouble. Dix jours plus tard, élévation de la température et tuméfaction du cou. A l'incision de cette tuméfaction on ne trouva point de pus, mais il existait une inflammation des veines. On se borna à appliquer un pansement et le malade se rétablit peu à peu.

M. Walter Johnson (Paterson) a observé un cas semblable à celui de M. Harris. La malade avait présenté tous les symptômes de nostalgie et elle fut par conséquent renvoyée chez elle. Là il y eut une amélioration temporaire. Quand la véritable nature de la maladie eut été découverte, l'auteur proposa une opération sur la jugulaire, mais l'offre a été déclinée et la malade mourut.

M. Harris dit qu'il n'est point nécessaire que le malade ait un fort frisson pour être en droit de faire le diagnostic d'invasion du sinus. Dans son cas il n'y a pas eu frisson, dans le sens propre du mot, mais à deux reprises des sensations de frisson qui, jointes à une élévation considérable de la température, justifient pleinement une intervention exploratrice.

M. Henry L. Wagner (San Francisco). — **Luxation traumatique du cartilage aryténoïde gauche** *(Traumatic dislocation of the left arytenoid cartilage)*.

Cette luxation est très rare; l'auteur n'a pu en trouver qu'un cas relaté dans la science. Le malade, âgé de soixante-dix ans, a reçu sur la région laryngée un coup de poing d'un soldat ivre. Il se plaignait de fortes douleurs à la déglutition, mais n'a pas craché le sang.

Sous l'influence de pulvérisations alcalines et d'applications de glace, la tuméfaction diminua considérablement, et l'examen du larynx révéla une dislocation de l'aryténoïde gauche, avec

fixation entre la phonation et la respiration. Pas de fracture des cartilages.

M. FREUDENTHAL (New-York) dit avoir observé plusieurs cas, où l'on pouvait soupçonner une fracture des cartilages et obtenir de la crépitation, mais chez ces malades, comme chez beaucoup d'autres personnes, cette crépitation était normale.

M. WAGNER répond que, dans son cas, il y avait en effet au début de la crépitation, mais qu'elle a rapidement disparu, tandis que dans des cas de fractures il a vu cette crépitatiou persister bien plus longtemps. Il croit que lorsque l'aryténoïde est légèrement séparé du cricoïde, il y a alors de la crépitation.

M. WAGNER. — **Déformation congénitale des deux pavillons** *(A congenital deformity of both auricles).*

Il s'agit d'un enfant de cinq ans. Absence de la portion interne de l'hélix avec hypertrophie considérable de l'anti-hélix. La déformation est le résultat d'un arrêt de développement survenu pendant le deuxième et le troisième mois de la vie intra-utérine.

M. L. F. PAGE. — **Les affections des voies respiratoires supérieures dans leurs rapports avec le développement mental** *(Diseases of the upper air-passages in relation to mental development).*

Il est à l'heure actuelle démontré qu'il existe une relation intime entre les espaces sanguins de la muqueuse des voies respiratoires supérieures et les espaces sous-arachnoïdes, de même qu'entre certaines régions veineuses du nez et l'intérieur du crâne. La grande capacité des lymphatiques de cette région pour l'absorption des toxines a été souvent observée dans la diphtérie, et le sang ainsi contaminé devient une des causes d'entrave au développement mental. L'engorgement du tissu érectile et les irrégularités des fosses nasales mettent souvent un obstacle à l'écoulement des sécrétions et donne ainsi lieu à une contamination du sang. Une étude de l'anatomie des fosses nasales montre que cette région peut être une source fertile de troubles réflexes, et il est aisé de comprendre qu'une telle irritation doit exercer une influence importante sur les fonctions physiologiques du cerveau. Une pointe d'os ou un

cornet hypertrophié par une pression et une irritation constante peuvent occasionner un épuisement du centre spécial correspondant et par là, progressivement et secondairement, affecter tout le système nerveux. Une stimulation constante a nécessairement tôt ou tard pour résultat un épuisement. L'auteur dit avoir été souvent frappé par le défaut du développement mental que présentaient des enfants atteints de végétations adénoïdes et d'hypertrophie des amygdales et par l'amélioration mentale qui a suivi l'ablation de ces tumeurs.

M. PRICE-BROWN (Toronto) dit que le fait que la présence de végétations adénoïdes ou d'autres lésions hypertrophiques a pour résultat de retarder le développement mental des enfants ne fait plus de doute pour personne. Tout récemment, on lui amena deux enfants qui, au dire des parents, après avoir auparavant été bien éveillés et intelligents, étaient devenus peu à peu lourds et stupides. A l'examen on trouva le naso-pharynx rempli de végétations adénoïdes; le plus jeune des enfants n'a jamais d'ailleurs bien respiré par le nez.

M. Q. RICHARDS (Fall River) a eu récemment l'occasion d'observer un jeune garçonnet qui était devenu d'une intelligence si bornée qu'il refusait d'aller à l'école, se rendant compte combien il était arriéré. Le rétablissement de la respiration nasale eut vite fait d'améliorer l'état mental de l'enfant.

M. E. E. HOLT (Portland) insiste sur la nécessité d'avoir un médecin spécialiste attaché à chaque école populaire et invite la Société à user de toute son influence pour la réalisation de cette réforme.

M. SARGENT SNOW (Syracuse) dit que les praticiens généraux seraient imbus de ce préjugé que non seulement les végétations adénoïdes n'exercent pas une mauvaise influence sur le développement général du sujet, mais qu'elles permettent une aération convenable de la région olfactive. Il cite le cas d'un jeune garçonnet dont l'intelligence s'est considérablement émoussée; à l'examen on trouva seulement une occlusion des voies respiratoires supérieures et moyennes. Un traitement médical général et de simples applications locales ont rapidement modifié toute la complexion du cas.

M. FREDERICK COBB (Boston) dit qu'il est de la plus haute importance pour le spécialiste de préciser les états pathologiques qui donnent lieu à des troubles réflexes, et les cas de cette nature qui sont susceptibles de guérir.

M. James Mc Caw (Walertown) cite un cas où l'on pouvait se demander si l'insuffisance mentale apparente n'était pas due à une surdité. Il est d'avis que l'aprosexie qu'on constate souvent chez des enfants adénoïdiens n'est pas un résultat direct des végétations, mais celui d'une altération concomitante de l'ouïe.

M. F. T. Rogers (Providence) dit que depuis quelques années il est d'usage à Providence de placer les enfants arriérés de la ville dans des écoles spéciales. Il y eut l'occasion d'examiner les enfants d'une de ces écoles et trouva que 70 o/o d'entre eux étaient atteints d'une gêne de la respiration ou d'un vice prononcé de la réfraction.

M. Page répond qu'il connaît plusieurs cas d'enfants qui, ayant été arriérés au point de vue du langage, ont vite appris à parler après l'ablation des végétations adénoïdes dont ils avaient été porteurs. Il en conclut que la présence de tumeurs adénoïdes entrave quelquefois le développement du centre du langage.

M. William Lincoln (Cleveland). — **Granulomes tuberculeux et syphilitique du nez** *(Tubercular and syphilitic granulomata of the nose).*

L'auteur rapporte deux cas de granulome du nez ayant présenté des apparences similaires quoique l'un fût de nature tuberculeuse et l'autre syphilitique.

Le premier cas était celui d'une femme de quarante-six ans qui avait contracté la syphilis il y a cinq ans. Six mois avant d'entrer en observation, elle fut prise d'une obstruction progressive de la fosse nasale droite. A l'examen, on trouva une tumeur arrondie non pédiculée ayant apparemment pour origine la muqueuse saine circonvoisine; elle saignait facilement, mais n'était pas douloureuse. La voûte palatine était le siège de plusieurs ulcérations caractéristiques de la syphilis. L'examen microscopique a révélé du tissu tuberculeux typique avec des cellules géantes. L'examen du thorax est resté négatif. La malade fut mise à l'iodure de potassium à dose progressivement croissante. Au bout de trois semaines les ulcérations guérirent et la tumeur diminua considérablement. Un mois après le granulome a complètement disparu.

Le second cas a trait à une femme de quarante-cinq ans qui depuis quelque temps a beaucoup maigri; elle avait de plus des sueurs nocturnes profuses. Depuis quelques mois la malade

souffrait d'une obstruction nasale. L'examen fit constater une masse rouge pâle non ulcérée occupant la cloison cartilagineuse. Pas d'histoire de syphilis. L'examen microscopique a révélé la structure ordinaire du granulome tuberculeux avec des cellules géantes, mais sans bacilles tuberculeux. Le traitement combiné d'iodure et de mercure n'a eu aucun effet; la tumeur a donc été enlevée par un curettage. Trois mois plus tard, la malade revint avec une récidive du côté opposé siégeant sur le même point correspondant. A ce moment la malade présentait des signes manifestes de tuberculose pulmonaire. Le cas pouvait donc être considéré comme un cas de tuberculose primitive du nez. L'auteur tire cette intéressante conclusion que le diagnostic peut être mieux établi à l'aide des considérations basées sur les résultats de l'examen physique et du traitement que sur ceux de l'examen histologique. Le traitement du granulome tuberculeux est exclusivement chirurgical.

M. P. S. Donelan (Philadelphie). — **Quelques remarques sur le diagnostic et le traitement de la syphilis du naso-pharynx** *(Some observations upon the diagnosis and treatment of specific disease of the naso-pharynx).*

M. Donelan relate l'observation d'un cas de chancre du pilier postérieur. En raison de l'aspect typique de la lésion, le diagnostic a été facile; il fut d'ailleurs confirmé par la marche ultérieure de la maladie. On ne trouvait dans les antécédents du malade aucun indice sur la façon dont l'infection avait eu lieu. Les ulcérations syphilitiques du pharynx sont assez communes, et lorsqu'elles sont accompagnées de dysphagie, de gêne de la respiration et des symptômes ordinaires de *catarrhe*, le diagnostic n'offre pas de difficultés et peut être fait par un praticien général, même après un examen superficiel. Dans quelques cas obscurs, l'examen bactériologique des secrétions de la lésion et le traitement antisyphilitique mettront à même de faire le diagnostic différentiel entre la tuberculose, la syphilis et la diphtérie. Dans la syphilis du naso-pharynx, le traitement spécifique doit être à la fois local et général. Personnellement, l'auteur se prononce en faveur de la méthode hypodermique et emploie le bichlorure de mercure à la dose de 1/16 à 1/4 de

grain. Les injections sont faites profondément dans les muscles de la région lombaire. Il donne le mercure aussi longtemps que l'affection est en état déclaré et l'interrompt ensuite pour une période de deux ans. Lorsque la dysphagie est très prononcée, l'orthoforme peut rendre quelques services.

M. Northon Wilson. — **Notes cliniques sur l'adrénaline** (*Clinical notes on adrenalin*).

(Voir *Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 45, 1901.)

M. Stucky (Lexigton) emploie largement l'adrénaline depuis six mois dans les affections et les manipulations du nez et de la gorge. Il lui trouve des propriétés anesthésiques. Son association à la cocaïne exige une quantité moindre de cette dernière et rend l'anesthésie plus intense et plus durable. M. Stucky a pu apprécier les merveilleux effets de cette substance dans les opérations sur l'oreille moyenne. Il ne croit pas que son emploi soit suivi d'une hémorragie secondaire plus forte qu'après les opérations où l'on n'en fait pas usage. excepté, peut-être, dans les cas d'une grande abondance de tissus spongieux. L'auteur a rarement employé une solution plus forte que 1 pour 3,000 ou pour 5,000. Dans la laryngite subaiguë, il a employé avec succès une solution à 1 pour 10,000. Il a trouvé ce médicament précieux pour combattre le choc consécutif de l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther. Dans un cas de cette nature survenu après l'administration de chloroforme, il a fait couler sur la langue près de 1/2 drachme d'une solution d'adrénaline à 1/5000 et peu après le cœur reprit son activité.

M. Pasmore Berens (New-York) dit que depuis six mois qu'il emploie l'adrénaline, ses effets ne se sont jamais démentis. Une fois il a, à dessein, laissé un flacon débouché pendant six semaines et au bout de ce temps il a trouvé la solution absolument inaltérée et ayant conservé toute son efficacité. Dans les otites moyennes aiguës d'origine tubaire, M. Berens a pour habitude d'injecter dans la trompe au moyen d'un cathéter quelques gouttes (de III à V) d'une solution de 1/1000. La vaso-constriction et la rétraction de la muqueuse qui s'ensuit, ont pour résultat de rendre la trompe perméable, de permettre l'écoulement des sécrétions et partant de soulager le malade pendant un temps suffisamment long. L'auteur a également employé l'adrénaline, et avec de bons résultats, en injections hypodermiques dans deux cas d'opérations cutanées de la face; il l'a aussi injectée sous la muqueuse de la joue dans un

cas d'ouverture de l'antre d'Highmore. C'est en même temps un hémostatique des plus puissants.

M. M. D. LEDERMAN (New-York) croit que ce qui rend surtout ce médicament précieux, c'est de diminuer l'absorption de la cocaïne et de mettre le malade à l'abri d'une intoxication aiguë par cette dernière substance. Dans un cas d'hydrorrhée nasale, l'effet local de l'adrénaline s'est manifesté après son administration par la voie stomacale, combinée au traitement local.

M. OTTO STEIN (Chicago) a récemment employé l'adrénaline dans deux cas d'ouverture de l'antre et après l'application d'une solution à 1/1000, il s'attendait à avoir un champ d'opération exsangue; malgré cela, l'hémorragie a été aussi abondante que s'il n'avait pas fait usage d'adrénaline. Le plus souvent il emploie celle-ci en solution à 1/3000, rarement plus forte, et la laisse en contact avec les tissus pendant 10 ou 15 minutes.

M. TALBOT CHAMBERS (Jersey City) a pratiqué un grand nombre de fois l'opération de Gleacon sur la cloison nasale, et il a observé que chaque fois qu'il avait appliqué de l'adrénaline, la perte de sang après l'incision du septum ne dépassait jamais V à X gouttes. La méthode consiste à injecter sous la muqueuse quelques gouttes d'adrénaline (1/1000 avec une solution de cocaïne à 5/100); il retire ensuite la seringue et en injecte quelques gouttes de plus. Finalement il injecte quelques gouttes sous la muqueuse, tout près du vestibule. Juste avant l'opération, il applique sur la concavité de la cloison un tampon imbibé d'une solution de cocaïne à 20/100. Dans ces conditions, l'opération est absolument exsangue. Dans un cas de cure radicale pour otite moyenne suppurée chronique, M. Chambers trouva un cholestéatome et il avoue que, sans l'emploi de l'adrénaline, il lui eût été presque impossible de l'enlever; aussi, grâce à elle, l'opération a été exécutée avec plein succès.

M. H. HOLBROOK CURTIS (New-York) dit être arrivé à la conclusion qu'il est des cas où, par suite d'une idiosyncrasie particulière, le principe actif des capsules surrénales agit très mal. Il a observé 8 ou 10 cas qui avaient montré une intolérance absolue pour l'adrénaline, de même que pour toutes les autres préparations de la glande surrénale. Dans un de ces cas, après emploi d'extrait capsulaire, le malade fut pris d'un accès d'éternuements qui a duré deux heures et demie et n'a pu être arrêté que par un badigeonnage à la cocaïne. Quelques-uns de ses malades atteints de hay fever et ayant fait usage depuis quelques jours d'extrait capsulaire, furent pris de violentes douleurs à la partie supérieure du nez, ayant nécessité la suppression du médicament.

L'automne dernier, l'auteur fit lui-même usage, pendant quelques jours, de l'adrénaline sous forme de pulvérisations; il eut un coryza terrible qui n'a disparu qu'après la suppression du médicament. Par contre, dans une centaine de cas d'opérations sur la cloison, où l'adrénaline avait été employée avec la cocaïne, il n'a observé aucun symptôme désagréable.

M. Curtis voudrait savoir si des douleurs intenses, des accès d'éternuement ou du coryza ont été observés par quelques-uns de ses confrères après l'emploi de l'adrénaline.

M. Dench (New-York) n'a pas eu l'occasion d'expérimenter l'adrénaline, mais depuis longtemps il fait usage de l'extrait capsulaire. Dans tous ses cas, les effets ont été entièrement satisfaisants, surtout en ce qui concerne l'hémostase.

Dans un de ses cas où, en raison de l'âge du malade, il avait voulu lui éviter une anesthésie générale, il pratiqua l'opération d'Asch à l'aide de la cocaïne et de l'extrait surrénal, et il n'y eut pratiquement aucune perte de sang.

Il a obtenu les mêmes résultats dans plusieurs autres cas. L'extrait capsulaire s'est montré particulièrement précieux dans les opérations sur l'oreille moyenne. Son mode d'emploi consiste à saturer une petite lanière de gaze d'une solution stérilisée d'extrait capsulaire et à tamponner, à travers le spéculum, le point hémorragique. On retire la gaze au bout d'une minute et demie et on trouve le champ opératoire absolument sec.

M. Walter Johnson (Paterson) dit qu'il importe surtout qu'avant d'appliquer l'adrénaline, la surface d'application soit soigneusement nettoyée. Il n'a pas observé de différence dans l'action de l'extrait capsulaire et de l'adrénaline, quoique pour raisons de commodité, l'adrénaline soit préférable. Il n'a pas constaté d'idiosyncrasie; dans tous les cas, les résultats furent très satisfaisants. Les effets de l'adrénaline sur les canaux lymphatiques de l'œil sont très importants.

M. Max Goldstein (Saint-Louis) a occasionnellement observé une irritation aiguë de la muqueuse produite par le spray d'une faible solution d'adrénaline. Il conseillerait à M. Takamine de chercher à faire dissoudre l'adrénaline dans une huile au lieu d'employer l'eau comme véhicule. Une solution à 1/1000 est très utile dans les cas de congestion aiguë du larynx, par exemple, dans la laryngite aiguë des chanteurs. Si avec une solution de cette force on se pulvérise le larynx juste au moment de chanter, le résultat est surprenant.

M. L. L. Mial (New-York), qui avait employé l'extrait surrénal

dans deux cas d'affection nasale, a vu se produire, à la suite de son application, un violent accès d'éternuement ayant duré près de douze heures. La solution d'adrénaline avec du chlorétone est manifestement anesthésique et n'occasionne pas d'éternuement; à peine le malade éprouve-t-il une sensation de légère cuisson qui ne dure que quelques secondes.

M. M. R. WARD a obtenu des résultats contraires; il les attribue non pas au médicament, mais plutôt à une technique défectueuse. Dans quelques cas son application a été suivie de phénomènes d'irritation, mais il n'a jamais observé d'hémorragie secondaire.

M. R. C. MYLES (New-York) dit que la poudre d'extrait surrénal employée par lui pendant ces dernières années lui a toujours donné d'excellents résultats, mais que depuis qu'il a remplacé la poudre par une solution aqueuse avec de la résorcine, les résultats sont des plus défavorables.

M. JOKICHI TAKAMINE (New-York) dit que sa tâche consistait seulement à isoler le principe actif de la glande surrénale; il a été le premier à l'obtenir sous une forme cristalline chimiquement pure. Il considère sa découverte comme l'ère d'un grand progrès dans l'organothérapie. Le fait que l'adrénaline est une substance cristalline prouve que c'est un corps chimique défini. Chimiquement, l'adrénaline est un alcali doux dont l'alcalinité est tout juste neutralisée. Il ne comprend donc pas que l'adrénaline puisse produire de l'irritation, ainsi que l'ont prétendu quelques auteurs et entre autres le Dr Fletcher Ingalls. Dans son article publié à ce sujet, ce dernier nous apprend qu'il a l'habitude de plonger ses instruments dans une solution de formaline, ceci explique aisément l'irritation observée. On sait, en effet, que l'eau distillée produit des phénomènes d'irritation dans les yeux et le nez, c'est pourquoi la solution doit être rendue légèrement alcaline. L'extrait surrénal ordinaire contient une quantité considérable de substances minérales et sa solution peut, par conséquent, être assimilée à une solution saline normale. M. Takamine a cherché le moyen de dissoudre l'adrénaline dans de l'huile, mais il l'a trouvée pratiquement insoluble. Il a cependant réussi à obtenir un oléate d'adrénaline, mais le spray le rend susceptible de s'oxyder et de devenir rapidement inerte.

M. WILSON, en clôturant la discussion, affirme n'avoir jamais observé de l'irritation. Il a bien noté des phénomènes irritatifs par l'emploi d'extrait aqueux de glande surrénale, mais chez les mêmes malades l'adrénaline n'a point produit cette irritation. Aucune préparation de l'extrait surrénal, même après stérilisation par la

chaleur, ne s'est montrée aussi active que l'adrénaline. Celle-ci ne s'altère point et peut être plusieurs fois stérilisée sans que son efficacité en soit amoindrie. Il n'a jamais observé d'eschares après l'emploi de l'adrénaline quoiqu'il ait employé ce médicament pendant deux jours après une opération. M. Wilson est porté à croire que quelques médecins emploient des solutions trop fortes. Celles à 1 pour 5,000 ou 10,000 sont suffisamment fortes pour des cas ordinaires.

M. T. H. HALSTED (Syracuse). — **Empyème des sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal droits avec cécité consécutive de l'œil gauche. Opération. Guérison de la vue** *(Empyema of the right maxillary, ethmoidal and sphenoidal sinuses, with subsequent blindness of the left eye. Operation. Recovery of ligt).*

L'auteur appelle l'attention sur les fréquentes variations anatomiques dans la structure des sinus. Dans le courant de l'année dernière plusieurs cas ont été rapportés qui montrent les relations de cause à effet entre les affections sinusiennes et des lésions oculaires.

Le cas, rapporté par M. Halsted, concerne une femme de quarante-cinq ans qui s'est réveillée un matin totalement aveugle de l'œil gauche. L'examen du fond de l'œil a fait constater une tuméfaction de la gaine du nerf optique, des veines tortueuses et gonflées et seulement une perception quantitative de lumière. Depuis près de deux ans, la malade souffrait d'un catarrhe nasal, et il y a quelques mois, elle eut une exacerbation aiguë caractérisée par un écoulement abondant et constant de pus fétide. Le pus s'écoulait seulement du côté droit. La fosse nasale gauche était saine. On voyait du pus couler au-dessous du cornet moyen droit. A la diaphanoscopie, on trouva le sinus maxillaire complètement obscur; par contre, les deux sinus frontaux étaient très transparents. La pupille gauche était largement dilatée; il y avait aussi de l'exophtalmie. On porta le diagnostic d'empyème de l'antre droit, des cellules ethmoïdales droites et du sinus sphénoïdal du même côté avec rupture et compression probable du nerf optique. L'auteur proposa une opération immédiate. Celle-ci eut lieu sous l'anesthésie à la cocaïne avec de l'extrait surrénal; mais, à cause

d'une hémorragie abondante, l'exécution de l'opération a été assez difficile. Une semaine après, la malade pouvait compter les doigts; la respiration nasale était améliorée, mais du pus s'écoulait du côté droit du nez. Quinze ou vingt jours plus tard, il a été nécessaire d'ouvrir l'antre et on fit évacuer une quantité considérable de pus fétide. A la suite de cette opération, la malade fut entièrement débarrassée de ses maux de tête et de son insomnie; son état général s'est beaucoup amélioré. Elle pouvait lire avec l'œil gauche les caractères ordinaires d'imprimerie. D'une étude de ce cas, il paraît probable que le début brusque de la cécité a été le résultat d'une accumulation de pus dans la cavité sphénoïdale et d'une compression du nerf optique dans le trou optique.

M. Thomas R. Pooley (New-York). — **Un cas de sinusite frontale et ethmoïdale avec abcès de l'orbite** *(A case of frontal and ethmoïdal disease, with abscess of the orbit).*

Le malade vient consulter l'auteur pour des douleurs intenses autour de l'œil droit et dans le côté correspondant de la tête. Température, 41°; pouls, 120. Il y a six ans, l'œil gauche se tuméfia brusquement, et le malade fut soulagé par une incision de la paupière. Deux années plus tard, on ouvrit le sinus pour soulager le gonflement. L'opération eut lieu sous la narcose éthérée; l'orbite a été mis à nu. Curettage du sinus qui avait été trouvé agrandi. En pénétrant dans la profondeur de l'orbite, il s'en est échappé 1 à 2 drachmes de pus. On pratiqua une ouverture dans les cellules ethmoïdales antérieures et, par l'infundibulum, dans le nez, et l'on passa un drain dont les deux bouts furent liés ensemble. La plaie, autour du drain, a été tamponnée. Le pansement a été changé tous les jours, la guérison a été complète au bout de deux mois.

M. Richards (George) (Fall River). — **L'Empyème du sinus frontal; quelques observations sur son traitement** *(Empyema of the frontal sinus; some observations an its treatment).*

L'auteur attire l'attention sur les variations du siège, des dimensions et de l'épaisseur du sinus frontal. Selon lui,

l'empyème de ce sinus n'offre pas de grands dangers pour la vie. Si la ponction exploratrice de l'antre reste négative, la source de la suppuration doit être recherchée dans les cellules ethmoïdales antérieures. La diaphanoscopie peut rendre des services. En règle générale, comme mesure de traitement préliminaire, on enlèvera toute la partie antérieure du cornet moyen. Si l'on établit un large drainage, ces cas guérissent très bien. On détermine la direction du canal à l'aide d'une sonde coudée et l'on introduit ensuite dans le sinus une canule en argent ou un tube en caoutchouc durci ayant la même forme que la sonde, et on lave la cavité. Si l'écoulement purulent dure depuis trop longtemps et qu'il existe des polypes, il devient alors assez difficile de dire quel est le meilleur mode de traitement à choisir. Les cellules ethmoïdales antérieures doivent être entièrement enlevées à la curette. La question de l'opération dépend de la présence des phénomènes d'absorption septique, des symptômes d'irritation cérébrale ou de la récidive des accès de douleurs. M. Richards préfère pratiquer l'ouverture du sinus entre l'échancrure sus-orbitaire et la racine du nez. L'ouverture doit être aussi large que possible et toutes les ramifications du sinus soigneusement curettées. Large drainage à l'aide d'un drain fenêtré qu'on laissera en place quinze ou vingt jours.

M. H. Alderton (Brooklyn). — **Quelques remarques sur une otite généralement non diagnostiquée** *(A few remarks on a generally unrecognised ear disease)*.

La forme d'otite muqueuse survient plus fréquemment chez les adultes que chez les enfants; le plus souvent, elle est consécutive à la grippe. Souvent, il y a peu ou point de douleurs, mais une sensation d'obstruction dans l'oreille et une diminution de l'ouïe. Les bruits de craquement, en frappant sur le nez ou à la déglutition, sont moins fréquents que dans la variété séreuse. Les bourdonnements peuvent être très intenses et il peut y avoir des attaques de vertige. L'inspection montre une légère congestion, le tympan est dans sa position normale, de couleur gris sombre et s'éclaire mal. Il existe une zone d'hyperémie le long du manche du marteau et à la périphérie du

tympan. Dans bien des cas, la trompe est obstruée. Il y a une disproportion considérable entre l'audition à la voix chuchotée et à la voix parlée. La limite des tons supérieurs n'est pas très affectée. Le pouls et la température sont normaux. Cet état peut persister des semaines, des mois, voire même des années. Les insufflations sont un moyen efficace d'améliorer l'ouïe. La paracentèse du tympan peut ne donner lieu à aucun écoulement, mais si l'incision est suivie d'une insufflation on voit apparaître dans le conduit un écoulement épais visqueux.

L'opération est suivie d'une amélioration immédiate et considérable de l'ouïe. Les injections ne paraissent produire qu'un soulagement provisoire. Le traitement par excellence est la paracentèse du tympan avec évacuation de la sécrétion et des mesures dirigées pour améliorer l'état du naso-pharynx. Le tympan guérit souvent déjà après le deuxième pansement.

(A suivre.) TRIVAS.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Hypertrophie des amygdales chez une femme de cinquante-sept ans *(Enlarged tonsils in a woman aged 57)*, par le Dr W. R. H. STEWART.

La malade est venue consulter l'auteur pour un mal de gorge dont elle souffrait depuis un an. Il y a douze ans, elle subit une ablation partielle de chaque amygdale. Les maux de gorge dont elle se plaignait ont débuté par une sensation de plénitude. A l'examen, on trouva les restes des amygdales hypertrophiées du volume d'une noix et atteintes de folliculite aiguë. Pas de signes de malignité à laquelle ces tonsilles secondaires auraient pu faire penser. Ces grosses masses ont été simplement réduites à l'aide du galvanocautère, l'auteur n'ayant pas voulu pratiquer une amputation complète de ces organes, en raison de l'âge de la malade et de crainte d'une hémorragie.

L'hypertrophie des amygdales est excessivement rare

chez des personnes âgées et Mackenzie, dans sa statistique, n'en a trouvé, sur mille malades, que trois cas dont l'âge variait de cinquante à soixante ans. (*British med. Journ.*, 13 juill. 1901.)

TRIVAS.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Un cas de rhinorrée céphalo-rachidienne *(Case of cerebro-spinal rhinorrhæa)*, par MM. WATSON WILLIAMS et GAVED STOCKER.

S. C..., femme de quarante ans, apparemment bien portante jusqu'au mois de mars dernier, quand la malade fut atteinte d'influenza suivie de gastrite qui l'obligèrent à garder le lit pendant six semaines. C'est à cette époque que remontait le début de la rhinorrée, qui était accompagnée de céphalées frontales constantes. L'écoulement était unilatéral (côté droit), et depuis son apparition il continuait sans interruption, nuit et jour, devenant seulement plus abondant dans l'après-midi.

Le liquide était parfaitement limpide, aqueux; il ne tachait ni durcissait les mouchoirs, ne contenait aucun sédiment, réduisait la liqueur de Fehling, avait une réaction alcaline et un poids spécifique de 1,004. L'acide nitrique froid donnait un précipité qui disparaissait par l'ébullition; l'addition de cet acide ne déterminait aucun précipité de mucine.

Toutes ces propriétés du liquide montrent qu'il s'agissait bien, dans le cas, d'un écoulement de liquide céphalo-rachidien; elles servent également à le différencier du liquide de l'hydrorrée nasale. Ces expériences ont été répétées et confirmées par le professeur Stanley Kent, de l'Université de Bristol. (*British med. Journ.*, 12 oct. 1901.)

TRIVAS.

LARYNX ET TRACHÉE

Syphilis laryngée, cérébrale et auriculaire guérie par le traitement spécifique, par le Dr DESPLATS.

L'auteur raconte avoir donné ses soins à une femme de quarante-neuf ans, qu'il prit tout d'abord pour une tuberculeuse, et qui présentait, outre des douleurs vives du

côté gauche de la tête, des troubles de la vue dus à d'anciens leucomes et un ptosis récent du côté gauche. Le larynx de la malade ayant été examiné, l'auteur conçut des doutes sur la réalité de la tuberculose, et, en présence de la destruction des cordes vocales, songea à la syphilis. La malade, mariée deux fois, perdit son deuxième mari d'une attaque d'hémiplégie et avait eu de lui trois enfants dont un seul est vivant et bien portant. La malade fut alors auscultée et radioscopée avec soin, et l'auteur eut ainsi la preuve que la malade était une syphilitique et que les troubles oculaires laryngés et auditifs qu'elle éprouvait depuis longtemps, et qui allaient s'accentuant de jour en jour, étaient bien dus à la syphilis. La motilité de l'œil n'existait plus et on constatait la présence d'un strabisme très prononcé : ces troubles, accompagnés d'une vive douleur, dénotaient bien une paralysie du moteur oculaire commun. Le traitement spécifique fut institué, et un mois et demi après on pouvait considérer la guérison comme complète, douleur et strabisme ayant complètement disparu et le globe oculaire ayant recouvré sa mobilité.

L'auteur ne croit pas que cette femme puisse avoir la restitution de sa voix, et il ne serait pas étonnant qu'en présence de délabrements aussi considérables, il se produise une sténose du larynx.

L'auteur termine en se demandant comment les troubles de l'ouïe et de la vue ont pu coexister ensemble; il ne croit pas qu'une même gomme puisse produire en même temps une compression de l'auditif et du moteur oculaire commun. Pour expliquer les troubles auditifs, il croirait que la perte de l'ouïe doit être attribuée à une lésion de la trompe, une lésion syphilitique à ce niveau permettant, d'après l'auteur, d'expliquer non seulement la surdité, mais encore les bourdonnements incessants suivis d'explosion, dont se plaignit la malade, et qu'elle éprouve encore de temps en temps. (*Journ. des sciences méd. de Lille,* 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 16. 19 AVRIL 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

ANGINE SÈCHE ET BRIGHTISME

Par le Dr JOAL, du Mont-Dore.

A l'heure actuelle, il n'est plus un praticien à qui la notion du début souvent insidieux du diabète sucré ne soit familière. Dans la plupart des cas, les symptômes de première valeur, boulimie, polydipsie, polyurie et amaigrissement, font entièrement défaut, et l'attention du médecin n'est attirée que par des phénomènes d'ordre secondaire, qui ont une importance séméiologique moins grande, mais dont la constatation doit néanmoins conduire à la recherche du sucre dans les urines.

Ces signes, véritables indices révélateurs, suivant l'expression de Jaccoud, sont assez nombreux ; ils consistent dans l'état poisseux du linge, les taches blanchâtres du pantalon, l'insomnie causée par le besoin incessant d'uriner, les démangeaisons des parties génitales, la rougeur du méat urinaire, l'inflammation du gland et du prépuce, l'odeur de chloroforme de l'haleine, la sécheresse de la bouche, la carie précoce des dents, le mauvais état des gencives, les furoncles, les anthrax, les gangrènes spontanées, l'impuissance génitale, l'affaiblissement de la vue, les dyspepsies rebelles, enfin certains troubles de la motilité et de la sensibilité, paralysies, névralgies, sentiment de faiblesse extrême.

A cette liste de symptômes révélateurs nous avons proposé, il y a vingt ans, d'ajouter l'angine sèche.

Dans un travail publié par cette même *Revue de laryngologie et d'otologie* (juin-juillet 1882) nous rapportions neuf observations de malades chez lesquels une pharyngite sèche nous avait fait soupçonner et constater du sucre dans les urines alors que ces sujets ne présentaient aucun des phénomènes qui font partie du cortège symptomatique habituel du diabète.

Depuis cette époque, nous avons observé de nombreux faits semblables, et de notre longue expérience il résulte que nous pouvons être plus affirmatif, pour conclure que la sécheresse du pharynx mérite d'être prise en sérieuse considération dans le diagnostic précoce du diabète sucré. Aujourd'hui, nous soutenons sans aucune hésitation que la valeur séméiologique de l'angine sèche égale celle de l'anthrax, de la balanite, de l'impuissance génitale.

Dans ce travail de 1882, nous déclarions avoir entrepris nos recherches sur les conseils de notre maître, Ch. Fauvel, qui nous avait indiqué les relations de la pharyngite sèche et du diabète. Il n'en est plus de même, comme cela a été écrit, pour les rapports de l'angine et de l'albuminurie; sur ce point nous avons fait œuvre entièrement personnelle. Nous avons, du reste, précisé comment nous étions arrivé à étudier cette seconde question.

Un homme, âgé de trente-cinq ans, était venu en 1881 accompagner sa femme au Mont-Dore. Il avait toutes les apparences extérieures de la santé la plus parfaite, se plaignant seulement d'une petite toux sans expectoration qu'il attribuait à l'usage du tabac. A l'examen de la gorge, nous voyons que la paroi postérieure du pharynx est le siège d'une sécheresse assez marquée. Nous faisons analyser l'urine du malade, pensant qu'elle contient du sucre, mais à notre grand étonnement on constate qu'elle renferme 4 grammes et demi d'albumine par litre. A son passage à Paris le sujet consulte les Dʳˢ Legroux et Landouzy qui diagnostiquent une néphrite interstitielle, on trouve encore dans l'urine 4 grammes d'albumine rétractile par litre.

Cette observation était suivie de deux autres faits dans lesquels la présence du symptôme pharyngé avait permis de découvrir une albuminurie qui nous eût échappé, si nous n'avions tenu compte de l'état local de la gorge. Enfin, nous citions un quatrième cas analogue qui nous avait été communiqué par le Dr Poyet.

Nous terminions notre mémoire par les conclusions suivantes : Chez les malades atteints d'angine sèche, les urines doivent être examinées en vue de l'albumine. Cette pharyngite n'a pas de caractères objectifs particuliers, elle se montre sous toutes les formes que revêtent les différentes variétés d'angine sèche. Cet aspect de la paroi pharyngée doit être attribué à un travail atrophique qui se fait dans les éléments anatomiques de la muqueuse ; cette atrophie se produit par suite de l'état morbide général, elle est due à la déchéance de l'organisme, à un vice de la nutrition, à un défaut de vitalité des tissus.

Nous croyons donc avoir été le premier à signaler les rapports de l'angine sèche et de l'albuminurie.

Depuis 1882, plusieurs auteurs, Ruault et Garel entre autres, se sont occupés des troubles pharyngés dans le mal de Bright ; il est bon de reproduire ici ce que chacun d'eux pense de l'angine sèche.

Löri (*Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Verunderungen des Rachens,* 1885) écrit : « Dans les maladies rénales suivantes, néphrite aiguë chronique, parenchymateuse ou interstitielle, néphrite scarlatineuse, dégénérescence amyloïde des reins, tuberculose rénale, j'ai noté souvent des manifestations bucco-pharyngées, aussi bien comme premier symptôme observé par le malade ou le médecin que dans le cours ultérieur de la maladie. Ces symptômes consistent en anémie, hyperémie, *atrophie,* œdème. Lorsque ces symptômes sont très accusés, c'est pour nous un signe qui nous force à examiner très minutieusement nos malades. »

Löri ajoute : « L'atrophie de la muqueuse du pharynx et

du larynx ne s'observe que dans les formes chroniques du mal de Bright; elle n'apparaît que dans la période avancée de la maladie; l'atrophie de la muqueuse pharyngée connue sour le nom d'angine sèche est beaucoup plus fréquente que la laryngite sèche. »

Ruault, en 1892, dans sa remarquable monographie, *Les Maladies du pharynx et de ses annexes* (*Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud) s'exprime ainsi : « Joal a eu le mérite d'insister sur la valeur séméiologique de certaines angines sèches, au double point de vue du diabète et du mal de Bright. Or, je n'en suis plus aujourd'hui à compter les diabétiques ignorés dont l'état de la gorge m'a permis de songer à la possibilité de la glycosurie, avant même que celui de la langue et des gencives n'ait accru mes soupçons, dont l'examen des urines confirmait ensuite la justesse.

» J'en dirai presque autant du mal de Bright. J'ai même observé, à plusieurs reprises différentes, des faits qui m'ont donné ensuite la possibilité de prédire un certain nombre de fois, et plusieurs mois à l'avance, l'apparition de la néphrite interstitielle chez des malades ne présentant, au moment où je les voyais, que des signes encore vagues d'artério-sclérose et d'hypertension artérielle, mais souffrant d'une variété un peu spéciale de pharyngite sèche sur laquelle je reviendrai plus tard. Plus d'un médecin, dont l'autorité unanimement reconnue rendrait l'assertion indiscutable, M. Tapret entre autres, pourrait témoigner aujourd'hui, pour s'en être convaincu sur plusieurs de ses propres malades, de l'importance de ce signe pronostique sur lequel je crois être le premier à appeler l'attention. »

A un autre chapitre, après avoir fait remarquer qu'en l'absence de troubles sécrétoires naso-pharyngiens suffisants pour expliquer la sécheresse de la gorge, la présence de ce symptôme doit faire penser à une maladie générale, Ruault écrit encore :

« Si la gorge est de couleur rouge sombre, si le voile est

épaissi et si, en même temps que la gorge, la bouche est sèche, on songera au diabète. Si celui-ci manque, on trouvera parfois des urines albumineuses. Il pourra arriver au médecin de faire la même constatation sans que la sécheresse buccale accompagne celle du fond de la gorge.

» Ces pharyngites sèches des brightiques sont d'une extrême ténacité. En 1888 et 1889, j'ai eu l'occasion d'observer toute une série de cas de ce genre, et, parmi eux, trois femmes chez lesquelles l'albuminurie n'a apparu qu'assez longtemps après la sécheresse du pharynx. Je n'ai jamais pu obtenir, à l'aide des médicaments topiques de résultats durables. »

Garel, en 1894, lit au Congrès général de médecine de Lyon une note intéressante : *Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaître le diabète ou l'albuminurie.*

« En nous basant, dit-il, sur le travail de Joal et sur nos propres recherches, nous admettons, comme Löri, qu'il existe deux sortes de manifestations pharyngées d'origine glycosurique ou albuminurique. Une première forme, celle sur laquelle nous voulons appeler l'attention, c'est la forme hyperémique avec catarrhe plus ou moins marqué. La seconde forme est la forme sèche décrite par Joal.

» Ces deux sortes de manifestations nous paraissent être les deux étapes d'un même processus. La forme hyperémique, première en date, surviendrait avant la forme sèche qui, elle, appartiendrait à un stade plus avancé. Néanmoins, l'une et l'autre pouvant être le premier indice révélateur des deux affections que nous avons signalées, il est utile pour le praticien de pouvoir les reconnaître le plus tôt possible. »

Cette variété hyperémique, qui est presque pathognomonique et qui dès lors a une valeur diagnostique bien supérieure à celle de la variété sèche, se présente avec des caractères spéciaux réclamant impérieusement l'examen immédiat des urines. Les voici : sensation de gêne dans la gorge au niveau du pharynx, sorte de tiraillement, embarras

léger dans la déglutition de la salive, empâtement vers la base de la langue. A l'examen, congestion assez marquée de toute la muqueuse pharyngée, de celle des piliers et du voile du palais. La muqueuse est, en outre, assez tuméfiée parfois pour rendre difficile l'introduction du miroir laryngien. Les malades ont pour la plupart des réflexes excessivement exagérés, la muqueuse paraît d'une très grande sensibilité, elle est également assez fréquemment revêtue d'une couche de mucus plus ou moins abondant et visqueux. Bien entendu, état nettement chronique.

Dans son *Traité des angines glanduleuses* (1898), Lavrand consacre deux chapitres à l'étude des angines du diabète et de l'albuminurie, mais se contente d'exposer les notions déjà acquises.

Sokolowski (*Handbuch der Laryngol.*, de Heymann, 1899) formule ainsi son opinion : « Chez les malades atteints d'inflammations chroniques des reins, il est rare de ne constater aucune modification de la muqueuse pharyngée. Dans la néphrite interstitielle, affection due surtout à l'alcool, à l'arthritisme ou à l'artério-sclérose doublée de syphilis, les altérations du pharynx proviennent de tous ces facteurs combinés. Le plus souvent on constate de la pharyngite sèche typique ou bien une rougeur foncée de toutes les parties avec épaississement des arcs palatins et hypertrophie de la luette, en un mot tous les phénomènes observés chez les arthritiques. Enfin, dans quelques cas on constate de l'hyperesthésie de toute la muqueuse du pharynx. Parmi les sensations subjectives, nous citerons la sécheresse et la difficulté de la déglutition. Quelques malades ne se plaignent pas de la gorge. »

Mais Sokolowski ajoute que ces différentes manifestations n'ont rien de caractéristique et que dans le cours d'une affection rénale il n'existe aucun signe pathognomonique du côté du pharynx ; il estime que le diagnostic ne peut se faire à l'aide des symptômes pharyngés, alors que nous possédons

du côté des autres organes, du cœur, par exemple, des éléments cliniques qui nous mettent avec une sûreté absolue sur la trace de la maladie.

Cet exposé bibliographique établit que nos propositions de 1882 concernant les rapports de l'angine sèche et de l'albuminurie ont été contrôlées et acceptées par les auteurs précédents. Mais les médecins allemands disent avoir surtout observé la sécheresse de la gorge dans la période avancée du mal de Bright, tandis que nos confrères français en font aussi un signe du début. Garel, il est vrai, attache plus de prix à la forme hyperémique qu'il a décrite, il n'en considère pas moins la forme sèche comme un indice révélateur. Quant à Ruault, il regarde cette dernière comme un signe de la première heure, qui précède parfois l'apparition de l'albumine dans l'urine. De ces différentes opinions, il résulte que la pharyngite sèche se montre à toutes les phases de la néphrite interstitielle.

C'est aussi notre manière de voir. Après la publication du mémoire de Löri, nous avons fait des recherches dans les services de nos maîtres des hôpitaux de Paris et de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, et avons plusieurs fois constaté la pharyngite sèche chez des brightiques avérés, avec de l'œdème de la face et des membres inférieurs, avec de l'ascite, malades présentant déjà de graves complications cardiaques, hépatiques, pulmonaires, cérébrales.

A cette époque, dans les consultations externes des hôpitaux, nous avons également eu l'occasion de rencontrer l'angine sèche chez des sujets qui venaient réclamer des soins pour de fortes palpitations, de l'essoufflement, des accidents broncho-pulmonaires, des troubles gastriques ou gastro-intestinaux. Un bruit de galop, une céphalée persistante, des épistaxis répétées, des vomissements ou des diarrhées rebelles suffisaient pour exiger l'analyse des urines et amener la découverte de l'albumine.

Enfin, c'est surtout dans notre clientèle du Mont-Dore, et

autrefois dans les cliniques de nos maîtres et amis Ch. Fauvel, Cadier et Poyet qu'il nous a été donné d'apprécier la valeur de la pharyngite sèche comme signe révélateur chez des personnes se plaignant seulement de la gorge, du larynx, du nez, ou bien chez des malades qui avaient été envoyés aux Eaux comme atteints d'asthme essentiel, de catarrhe bronchique, d'emphysème pulmonaire. Dans un nombre de cas qui n'est certainement pas inférieur à soixante, l'examen du pharynx nous a permis de reconnaître un mal de Bright, qui jusqu'alors n'avait pas été soupçonné.

Nous demandons donc que l'angine sèche soit rangée parmi les *petits accidents du brightisme*, nom sous lequel le professeur Dieulafoy groupe des symptômes en apparence peu importants, qui marquent souvent la période initiale de la maladie et qui peuvent l'accompagner dans toutes ses phases. Ce sont : la pollakiurie, la polyurie, les maux de tête, les épistaxis matutinales, les palpitations, l'essoufflement, les douleurs lombaires, les bourdonnements d'oreilles, l'affaiblissement de l'ouïe, les vertiges, les troubles visuels, les démangeaisons, la sensation du doigt mort, la cryestésie, les crampes au mollet, les secousses électriques, la tension de la temporale, la diminution de l'odorat et du goût.

Nous savons tous, aujourd'hui, que dans sa forme la plus habituelle, la maladie de Bright a un début lent et insidieux; pendant un temps plus ou moins long, le sujet peut n'éprouver que quelques-uns des symptômes précédents qui, isolés, semblent insignifiants, mais dont la coïncidence doit éveiller l'attention du médecin et éviter les erreurs de diagnostic. Dans bien des cas la néphrite interstitielle évolue déjà depuis des mois, l'individu se trouve dans un état intermédiaire entre la santé et la maladie, lorsque surviennent les épisodes aigus, lorsqu'éclatent les orages urémiques.

Jetons, du reste, les yeux sur le tableau, saisissant de réalité, tracé par Dieulafoy dans son *Manuel de pathologie interne*. « Les petits accidents du brightisme apparaissent

dans la première période de la maladie de Bright chez des gens qui n'ont pas encore eu les grands accidents brightiques et qui ne les auront peut-être jamais. Fréquemment aussi, ils accompagnent la maladie pendant toute son évolution. On les méconnaît faute de les rechercher. J'ai la conviction qu'un grand nombre d'individus à peu près sains en apparence sont entachés de brightisme.

» Que de goutteux ayant ou n'ayant pas eu de coliques néphrétiques, ayant ou n'ayant pas d'albuminurie, ont pendant longtemps les petits accidents du brightisme, en attendant que se montrent (trop souvent) les grands accidents de l'urémie! Que de syphilitiques atteints de symptômes qu'on met sur le compte de la syphilis et qui n'ont autre chose que les accidents du syphilo-brightisme, prélude d'accidents beaucoup plus graves, si ces malades ne sont pas suffisamment traités! Que de gens ayant eu une maladie infectieuse, fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine, surtout la scarlatine, et chez lesquels les symptômes du brightisme évoluent insidieusement, avec rémission, pendant des mois et des années jusqu'au jour où, faute de traitement, éclateront les grands accidents de la maladie de Bright! Que de femmes paraissant atteintes d'anémie ou de chloro-anémie, au teint pâle et verdâtre, présentant de la céphalée, de l'essoufflement, des battements de cœur, etc., passent pour des chlorotiques et sont atteintes en réalité de chloro-brightisme! Je répète donc que dans bien des circonstances, c'est par la connaissance des petits accidents du brightisme, avec ou sans tension artérielle et bruit de galop qu'on arrivera à formuler le diagnostic de maladie de Bright en évolution. »

Nous avons tenu à reproduire ces lignes pour bien faire ressortir le développement insidieux et fruste de certaines néphrites chroniques, et pour mettre en lumière la grande utilité des signes révélateurs parmi lesquels nous plaçons en très bon rang l'angine sèche. Nous attribuons à cette pharyngite une valeur séméiologique égale, sinon supérieure, à

celle des maux de tête, envies fréquentes d'uriner, épistaxis, palpitations, crampes des mollets, secousses électriques, troubles auditifs et visuels, sensation de doigt mort, cryesthésie, symptômes que l'on rencontre dans bien des états morbides étrangers au brightisme.

Bien plus, comme Ruault l'a constaté, nous avons observé l'angine sèche au début de la maladie, alors que les urines ne contenaient pas encore d'albumine et que les autres accidents étaient peu accusés. Voici, du reste, des exemples de ce genre.

Observation I. — X... est un artiste lyrique qui s'est toujours mis à notre disposition pour nos recherches spirométriques, et dont nous avons souvent examiné le nez, la gorge et le larynx sans avoir d'abord constaté rien autre que des poussées laryngo-pharyngées dues à une rhinite hypertrophique gauche avec épaississement de la cloison.

Ce malade vient au Mont-Dore en 1893, alors que nous ne l'avons pas vu depuis plus d'une année qu'il a passée dans le Midi et à la campagne.

Il est âgé de trente-neuf ans. Tempérament arthritique et en même temps très nerveux. Obésité précoce qui l'a fait dispenser du service militaire. Migraines, hémorroïdes, calvitie. Il est gros mangeur, sans faire d'excès alcooliques. A eu la syphilis, et suit à chaque printemps un traitement à l'iodure de potassium et aux pilules de proto-iodure.

Depuis un certain temps, il a perdu une partie de ses moyens vocaux, il a plus de peine à donner les notes élevées, il ne peut, sans respirer, chanter les phrases un peu longues, il ne peut tenir les sons aussi longtemps.

L'hiver dernier, en février, il a été atteint d'une congestion pulmonaire double qui a nécessité l'emploi de trois séries de ventouses scarifiées. Depuis lors, il est essoufflé par la marche et le moindre effort.

La nuit il a des quintes de toux qui amènent de l'étouffement, et l'obligent à s'asseoir sur le bord de son lit; le matin il expectore des mucosités jaunâtres peu abondantes.

Il se plaint également de pesanteur à l'estomac, ses digestions sont laborieuses, il est pris de somnolence à la fin du repas. Douleur entre les épaules, sensation de constriction au cou, phénomènes qui disparaissent par le renvoi de gaz abondants.

A l'auscultation et à la percussion des organes pulmonaires, signes

d'emphysème et rales humides fins à la base du poumon droit. Du côté du cœur, pas d'hypertrophie manifeste, mais léger souffle au premier temps à l'orifice aortique.

Bien que le malade ne soit plus préoccupé de sa gorge et que les anciennes localisations paresthésiques aient disparu, nous voulons examiner les cordes vocales, et sommes frappé de l'état de sécheresse que présente la paroi postérieure de l'oro-pharynx, qui autrefois était humide et congestionnée. La muqueuse nous apparaît décolorée, d'un gris mat, non humectée; des granulations préexistantes ont diminué de volume. Même travail atrophique ayant porté sur des capillaires autrefois dilatés. Pas d'aspect luisant, aucun enduit vernissé. Les piliers sont amincis, les amygdales palatines réduites, la cavité pharyngo-buccale semble plus spacieuse.

Aucune lésion nasale à signaler. Pas de sinusite; pas d'ozène, la perméabilité de la fosse nasale gauche du malade est rétablie grâce à un traitement approprié de son ami le Dr Poyet.

Dans le naso-pharynx, pas d'hypertrophie glandulaire, pas de sécrétion muco-purulente, pas de croûtes.

Pas de modifications sensibles du côté du larynx.

Nous pensons alors au diabète ou à l'albuminurie. Nous faisons examiner les urines, qui ne contiennent ni sucre ni albumine.

Nous l'interrogeons minutieusement au point de vue des signes révélateurs de ces deux affections, et ne notons que de la polyurie, de la pollakiurie et de l'impuissance génitale.

Le malade passe son hiver dans le Midi; à son retour à Paris, il consulte le professeur Bouchard, qui diagnostique une néphrite chronique. Les urines contiennent trois grammes d'albumine par jour, et des cylindres granuleux. Bruit de galop, hypertension artérielle, hypertrophie cardiaque, œdème malléolaire.

Le malade a succombé neuf mois après, avec infiltration des membres inférieurs et du scrotum, épanchement des cavités abdominale et pleurale.

Obs. II. — X... est un homme de quarante-huit ans que veut bien nous montrer, en mai 1897, M. le Dr Cadier, qui a l'intention de nous l'envoyer au Mont-Dore.

Arthritisme accusé, par hérédité. Très nerveux. A eu des migraines et de la névralgie faciale, a été chauve de bonne heure, gravelle, coliques hépatiques et hémorroïdes.

A l'âge de trente-deux ans, a eu une néphrite aiguë par refroidissement, et depuis cette époque l'examen des urines souvent répété n'a jamais révélé la moindre trace d'albumine.

En 1894, a déjà reçu les soins du Dr Cadier pour une pharyngo-laryngite à forme congestive due surtout à l'usage excessif de la cigarette. Depuis qu'il a cessé de fumer, il ne souffre plus de la gorge, il n'a plus d'enrouement.

Au début de l'hiver il a été atteint, en Angleterre, d'une bronchite qui l'a tenu trois semaines au lit et à la chambre. Depuis, il tousse et crache; la toux est parfois quinteuse et très pénible.

La nuit, le malade éprouve des accès d'étouffement qui ont tous les caractères des crises d'asthme, se montrant entre minuit et une heure du matin, et se terminant par l'expulsion de quelques mucosités filantes. Ces crises reviennent irrégulièrement quatre à cinq fois par mois et quelquefois se développent deux ou trois nuits de suite, l'emploi des poudres de Cléry et d'Escoufflaire soulage le malade. Détail à noter, les accès dyspnéiques ne sont pas précédés d'éternuements; leur retour est manifestement influencé par les écarts de régime, les soirées en ville et au théâtre.

A l'auscultation et à la percussion, signes d'emphysème peu accentué, quelques râles humides aux deux bases.

X... se plaint également d'être oppressé depuis quelque temps après le moindre effort. Il ne peut plus faire d'escrime. Mais au cœur rien d'anormal, pas de souffle, pas de bruit de galop. C'est du reste l'avis du professeur Polain, qui a été récemment appelé en consultation.

A l'examen de la gorge on constate un peu de sécheresse et de décoloration, phénomènes sur lesquels le Dr Cadier attire notre attention, en insistant sur l'état antérieur humide et congestif. Il se produit de ce côté-là un travail atrophique.

Aucun symptôme objectif ni subjectif de rhinite hypertrophique, de sinusite, d'ozène, de catarrhe naso-pharyngien. L'inspection des fosses nasales et de l'arrière-cavité a été faite avec le plus grand soin.

Les urines ayant été analysées les jours derniers, et ne renfermant ni sucre ni albumine, mais seulement des urates en excès, il n'y a pas à songer au diabète ou à la néphrite chronique.

Le malade vient au Mont-Dore en août; son état de santé a été beaucoup amélioré par le régime lacté. Depuis un mois et demi, il n'a plus eu de crises d'oppression; il est moins essoufflé à la marche. Mais nous constatons que la sécheresse de la gorge est bien plus prononcée; l'apparence grisâtre, mate, sans la moindre lubréfaction, est caractéristique. La sécheresse a gagné le naso-pharynx et la région aryténoïdienne. Pas de croûtes, pas d'enduit vernissé.

Les urines sont encore examinées : aucune trace de sucre ni d'albumine ; 28 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures.

Comme petits accidents du brightisme, nous trouvons des épistaxis, deux ou trois émissions d'urine la nuit et des palpitations.

Le malade passe son hiver en Algérie, son état s'est aggravé. En avril 1898, à son retour à Paris, il est atteint d'œdème pulmonaire contre lequel le professeur Polain ordonne une saignée. Les urines contiennent alors de fortes proportions d'albumine.

Le diagnostic de néphrite interstitielle est nettement établi.

Le malade a succombé, en 1900, d'urémie cérébrale à forme comateuse, après avoir présenté de l'œdème des membres inférieurs, d'abondantes hémorragies intestinales ainsi que des complications cardiaque et hépatique.

Obs. III. — X..., âgé de quarante-trois ans, est avocat dans une petite ville de Normandie. Tempérament arthritique; son père était asthmatique, sa mère est diabétique. Gros mangeur, grand buveur et fumeur de pipe invétéré. Il est obèse, avec un teint subictérique, a eu de la congestion du foie, a fait plusieurs saisons à Vichy. Gravelle, hémorroïdes.

Il nous est envoyé au Mont-Dore, en juillet 1898, comme atteint de pharyngo-laryngite chronique. Enrouement ordinaire, parfois même aphonie complète après des excès vocaux. Petites quintes de toux habituellement sèches pendant le jour, rejet de quelques mucosités grisâtres le matin.

En dehors de ces symptômes, X... présente toutes les apparences extérieures d'une bonne santé, et ne prend aucun soin de sa personne. Il se plaint cependant de palpitations et d'essoufflement à la marche, mais il est fixé sur l'origine de ces phénomènes et les rattache à la graisse qui enveloppe son cœur.

Disons de suite qu'avec le miroir laryngien nous apercevons sur les cordes vocales deux petits nodules symétriques qui provoquent les altérations de la voix, et aussi du gonflement et de la rougeur à la région aryténoïdienne.

Nous sommes plus frappé de l'état de sécheresse marquée que nous constations sur la paroi pharyngée postérieure qui est grisâtre, dépolie, chagrinée, avec des petites granulations et des sillons surtout dans le sens longitudinal.

Cet aspect du fond de la gorge contraste singulièrement avec la coloration accentuée du voile de la luette et des piliers. Les amygdales sont peu volumineuses, pas de sécheresse de la bouche.

Dans le naso-pharynx pas de croûtes noirâtres, pas de muco-pus,

la muqueuse est plutôt sèche et décolorée à la voûte. Rien du côté des fosses nasales si ce n'est un peu de catarrhe hypertrophique.

Nous faisons examiner les urines du malade, elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

Rien d'anormal à l'auscultation de l'appareil broncho-pulmonaire. Pas de souffle au cœur, pas de bruit de galop même après la marche.

Comme signes révélateurs, nous notons la sensation de doigt mort, la distension de l'artère temporale, la polyurie, la pollakiurie, quelques épistaxis.

Après la cure thermale, nous recommandons au malade la suppression de toute boisson alcoolique, l'usage d'un régime lacté mixte, et lui conseillons de faire examiner ses urines chaque mois. Son médecin, à qui nous faisons part de nos craintes, ne partage pas notre manière de voir.

En mai 1898, X..., dont l'oppression a beaucoup augmenté, dont les palpitations sont plus fréquentes et plus violentes, est pris d'une forte crise d'angine de poitrine. Ses chevilles et le bas des jambes sont œdématiées, les urines contiennent de l'albumine.

Le malade vient à Paris. Le professeur Debove porte le diagnostic de néphrite interstitielle. Cinq grammes d'albumine, débris épithéliaux et cylindres dans l'urine. Cinq mois après nous recevions le faire-part de son décès.

Obs. IV. — Mme X..., est une dame anglaise âgée de quarante-cinq ans, qui, en juillet 1899, nous conduit son fils atteint d'asthme nasal.

Cette personne, qui paraît jouir d'une bonne santé et qui ne suit pas le traitement thermal, vient un jour nous demander de lui enlever une arête de poisson qui s'est implantée dans sa gorge. L'extraction est facilement faite.

Mais, pendant notre examen, nous avons été frappé de la sécheresse que présentait la paroi postérieure du pharynx, qui est mate, sans éclat, sans aucune apparence de lubréfaction, la muqueuse est encore rouge à ce niveau-là, mais sa coloration est bien moins prononcée que celle de la luette et des piliers.

La malade nous dit qu'elle a longtemps souffert de la gorge, qu'elle toussait le jour et graillonnait surtout le matin; ces symptômes ont disparu d'eux-mêmes sans aucune médication, et maintenant, depuis un an environ, la bouche est sèche et pâteuse au réveil; le sujet en se levant avale un verre d'eau.

Pas d'hypertrophie glandulaire, pas de muco-pus, pas de croûtes dans le naso-pharynx, que l'on explore facilement.

Grande perméabilité des fosses nasales. La malade se mouche rarement.

Mme X... est une femme énergique, qui dirige une maison de commerce, et est peu soucieuse de sa santé. Elle nous dit cependant que, depuis quelque temps, elle est moins active, que parfois elle se sent prise d'une grande lassitude. Migraines, insomnies assez fréquentes, gravelle, varices. Tempérament neuro-arthritique. Scarlatine à l'âge de douze ans, fièvre typhoïde à dix-neuf ans. A eu six enfants, sans aucun accident dans le cours de ses grossesses.

Aucun signe révélateur du diabète ou de l'albuminurie. Rien au cœur, aucun phénomène d'artério-sclérose.

Les urines sont analysées; elles ne renferment ni sucre ni albumine, elles sont chargées en urates.

Cette malade revient avec son fils au Mont-Dore, en août 1901. Nous la trouvons vieillie et cassée, son visage est d'une pâleur extrême. Elle nous dit qu'elle est très anémiée depuis une maladie d'estomac qu'elle a eue sept mois auparavant, avec violentes douleurs au point xiphoïdien, vomissements répétés et légère hématémèse.

La sécheresse de la gorge est plus accusée, la paroi postérieure du pharynx est devenue grisâtre et plissée.

Dans les urines qui sont claires et peu abondantes, par la chaleur et l'acide azotique on obtient un fort disque d'albumine.

Gêne précordiale, palpitations, essoufflement à la marche. Bruit de galop très net à la région ventriculaire. Cœur volumineux. Hypertension artérielle.

Le diagnostic de maladie de Bright nous paraît non douteux.

Obs. V. — X... vient nous consulter à Clermond-Ferrand en décembre 1900, pour la dureté de l'ouïe due à de la sclérose du tympan.

Ce malade, âgé de quarante-deux ans, voyage pour le commerce des vins et des liqueurs. Il boit des apéritifs, du cognac et fume beaucoup.

Syphilitique, goutteux, a des dépôts tophacés aux mains. Artério-scléreux, signe de la temporale; radiale flexueuse et résistante. Exagération des battements du cœur. Pas de souffle.

Angine sèche. La paroi postérieure du pharynx est d'un rouge pâle; elle est amincie, parcheminée, sans éclat; aucune apparence de sécrétion. Pas de granulations, pas de sillons, pas de veinules.

La muqueuse du naso-pharynx est plus colorée et moins sèche.

Pas d'hypertrophie glandulaire, pas de mucosités épaisses à la voûte ni vers les fossettes de Rosenmüller. Pas de sinusite, pas d'ozène.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Polyurie marquée, pollakiurie. Maux de reins, quelques épistaxis, vertiges, affaiblissement de la vue et du sens génital.

Nous revoyons le malade en octobre 1901. Bien que tout l'hiver il ait évité le vin, les liqueurs, et ait bu beaucoup de lait, il a été atteint en mai d'un violent accès de goutte.

Maintenant, il est essoufflé à la marche et monte difficilement les escaliers, il a de fortes palpitations, et est parfois oppressé les nuits.

Hypertrophie cardiaque. Claquement au deuxième bruit à la base. Hypertension artérielle.

S'est aperçu récemment qu'il avait de l'œdème périmalléolaire. Sensation de doigt mort. Épistaxis abondante.

Dans les urines, 2 grammes et demi d'albumine. Quelques tubes granuleux.

Nous connaissons également, mais avec des détails pas suffisants pour que l'observation soit rapportée, le cas d'un excellent confrère et ami que nous avons autrefois examiné avec Wagnier. Polydipsie, polyurie, sensation d'ardeur à la gorge. Angine sèche sans aucune lésion nasale ou naso-pharyngienne. Ni sucre ni albumine dans l'urine. Puis troubles cardiaques avec urine encore normale. Plus tard, amaurose albuminurique, et mort par complications urémiques.

Dans l'*Observation XII* de notre travail de 1882, il s'agit aussi d'un sujet présentant une pharyngite sèche bien marquée, avec souffle cardiaque à la base, aux deux temps. L'albuminurie ne fut constatée par le Dr Guillaumet que quelque temps après.

Ces faits, bien que peu nombreux, sont assez probants pour apporter la conviction que dans la néphrite interstitielle, l'angine sèche peut se manifester quelquefois avant l'apparition de l'albumine dans l'urine.

Est-il besoin de faire remarquer que nos malades, en effet, étaient bien atteints du mal de Bright?

Chez eux, il ne pouvait être question de ces albuminuries fonctionnelles intermittentes que Teissier (de Lyon) vient d'étudier, et qu'il groupe en quatre classes : 1° albuminuries des sujets en apparence bien portants; 2° albuminuries cycliques des adolescents; 3° albuminuries gastrique, hépatique, intestinale; 4° albuminuries névro-motrices de l'épilepsie et de la station debout. Les phénomènes dyspnéiques, les troubles cardiaques, hypertrophie ventriculaire, bruit de galop, hypertension artérielle, les œdèmes, les accidents de petite et grande urémie témoignent assez de la nature brightique de l'affection.

D'un autre côté, après la lecture de nos observations, il ne serait pas logique de conclure que nous avons eu affaire à des cas de néphrite interstitielle avec disparition momentanée de l'albuminurie.

Nous n'ignorons pas que Dieulafoy, dans des communications à la Société médicale des hôpitaux (1886) et à l'Académie de médecine (1893), s'est appuyé sur un certain nombre de faits, les uns vérifiés à l'autopsie, pour établir que l'albuminurie pouvait faire défaut, alors que la maladie de Bright était déjà à une période avancée; mais nous avons la persuasion que l'examen attentif des symptômes et de la marche de l'affection chez nos sujets aura plutôt pour conséquence de faire reconnaître que nous avons assisté à la phase initiale, pré-albuminurique de la sclérose rénale dont l'angine sèche a été le signe avant-coureur.

La notion de précocité une fois admise, il est difficile d'accepter la doctrine de Garel, qui veut que la forme hyperémique, qu'il a décrite, et la forme sèche soient les deux étapes d'un même processus : la variété hyperémique première en date survenant avant la variété sèche qui, elle, appartiendrait à un stade ultérieur.

Nous pensons que les deux manifestations pharyngées sont indépendantes et en rien tributaires l'une de l'autre, que l'angine sèche peut se développer primitivement, ou succéder

à un état hypertrophique vulgaire se traduisant par les symptômes ordinaires sans présenter l'aspect caractéristique indiqué par Garel.

Nous avons eu occasion d'observer l'angine sèche chez des brightiques qui, antérieurement, n'avaient jamais souffert du côté de la gorge, au tout au moins ne paraissaient pas avoir été atteints précédemment de pharyngite chronique catarrhale ou folliculaire. Mais ces cas sont loin d'être fréquents, c'est plutôt l'exception. Le plus souvent, les malades que l'on connaît déjà vous disent avoir éprouvé pendant de longues années des phénomènes douloureux à la gorge, de la toux, du raclement, expectoration, enrouement; quelques-uns ont même déjà suivi des traitements locaux et généraux pour obtenir la guérison de ces accidents.

Ce sont ordinairement des individus franchement goutteux ou rhumatisants, des syphilitiques ou bien des sujets relevant de la diathèse arthritique et en accusant les attributs : obésité, migraines, fluxions nasales, accès d'asthme, calvitie précoce, varices, hémorroïdes, lithiase rénale, coliques hépatiques, eczéma, urticaire. Parmi ces prédisposés, viennent en première ligne ceux qui font abus du tabac à fumer, des boissons alcooliques, des mets trop épicés; les avocats, les professeurs, les prédicateurs, qui font un usage immodéré de la parole; les chanteurs, qui se fatiguent par surmenage, respiration défectueuse, mauvaise émission ou déclassement de la voix. Ajoutons à ces causes l'action du froid, de l'humidité, des poussières, des vapeurs irritantes, l'insuffisance de perméabilité des voies nasales qui oblige à respirer la bouche ouverte et nous aurons indiqué les principales conditions étiologiques favorisant la formation d'une pharyngite chronique à type humide que la maladie de Bright est susceptible de transformer en pharyngite sèche.

D'abord se montrent des mouvements fluxionnaires légers et passagers, puis paraissent des poussées inflammatoires, espacées, courtes, peu accentuées au début, mais qui ne

tardent pas à se succéder plus fréquemment, à avoir une plus longue durée, une plus grande intensité et finissent par rester stationnaires, permanentes et par revêtir le caractère de la chronicité. Un lent travail d'hypertrophie s'est accompli dans les éléments constitutifs de la muqueuse pharyngée.

Sur la paroi postérieure, on découvre de grosses granulations dues à l'augmentation de volume des follicules clos, puis les petites saillies luisantes des glandes mucipares également accrues dans leurs dimensions et dont les secrétions sont devenues plus abondantes. La membrane est largement humectée et présente une coloration d'un rouge plus au moins foncé. Les bourrelets latéraux, ainsi que les piliers postérieurs et antérieurs sont épaissis. La luette est allongée, parfois œdémateuse; le voile du palais est le siège de gonflement et d'injection marquée.

Surviennent alors de grands troubles dans la nutrition générale, de profondes modifications dans la vitalité des tissus, et l'on voit les lésions hypertrophiques céder la place à des altérations d'ordre atrophique. Par le fait du mal de Bright et de la déchéance concomitante de l'organisme, un processus scléreux envahit les follicules clos, les glandes acineuses et le tissu conjonctif de la muqueuse. Les sécrétions sont diminuées ou supprimées ; les parties, d'humides qu'elles étaient, deviennent plus ou moins sèches, suivant le degré du travail atrophique. Les granulations s'affaissent ou même disparaissent complètement. Il en est de même pour la tuméfaction et l'infiltration des parois de la gorge, dont la cavité paraît plus spacieuse.

Le fond du pharynx a un aspect tantôt mat, terne, dépoli si le mucus fait entièrement défaut, tantôt luisant, vernissé si de rares secrétions visqueuses se dessèchent sur place sous l'influence de l'air respiré.

La muqueuse paraît amincie et collée sur les parties profondes, elle est lisse, unie ou bien chagrinée, granuleuse; sa surface inégale, irrégulière, présente parfois des îlots, des

rides, des sillons qui se dirigent ordinairement dans le sens longitudinal; on peut voir aussi des petits vaisseaux dilatés formant des réseaux, des lacis. Dans quelques cas il y a encore un peu de rougeur, mais en général la muqueuse est décolorée, grisâtre.

La sécheresse porte sur la totalité de la paroi postérieure de l'oro-pharynx, ou, moins souvent, seulement sur la partie médiane; d'autres fois elle se montre par petites plaques isolées, d'étendue variable; en dehors du naso-pharynx où elle se propage d'ordinaire, la sécheresse n'a pas grande tendance à gagner les régions voisines; nous avons cependant eu l'occasion de la voir s'étendre en bas jusqu'au vestibule du larynx, et en avant dans la cavité buccale. Mais nous avons plus souvent constaté que le travail atrophique restait limité au fond de la gorge, dont la décoloration et l'aplatissement étaient en contraste avec la vive injection et l'épaississement du voile du palais et des piliers antérieurs.

Les brightiques affectés d'angine sèche se plaignent peu de leur gorge; pas de sensations douloureuses, plutôt de la gêne occasionnée par la sécheresse du pharynx, et de là de fréquentes envies de boire. La sensibilité de la muqueuse est diminuée, son excitabilité réflexe est moins facilement mise en jeu.

Il ressort, en somme, de ces symptômes objectifs et subjectifs que la pharyngite chronique dont nous nous occupons ne possède pas de caractères distinctifs qui permettent de la différencier des angines sèches que l'on observe soit dans le cours des autres états dyscrasiques, soit chez les vieillards. Nous ne connaissons, en particulier, aucun phénomène local qui puisse faire penser à l'albuminurie plutôt qu'au diabète sucré.

Par contre, il est presque toujours aisé de saisir l'origine de l'angine sèche consécutive à une affection du naso-pharynx ou des fosses nasales. Dans le cas de catarrhe chronique de l'amygdale pharyngée on voit à la partie supérieure de la

paroi postérieure de l'oro-pharynx une bande horizontale d'enduit verdâtre visqueux ou bien une croûte noirâtre assez adhérente à la muqueuse; par la rhinoscopie postérieure on découvre que du muco-pus s'échappe des sillons de la tonsille pharyngienne rouge et mamelonnée. Si l'écoulement purulent provient des fosses nasales, les concrétions sont placées à la partie antérieure du cavum, dans le voisinage des choanes, et non plus au niveau de l'amygdale. L'odeur fétide, les éléments de diagnostic fournis par la rhinoscopie antérieure, et les autres moyens d'investigation en usage montreront s'il s'agit d'un ozène ou d'une sinusite.

Pour conclure, nous recommandons de toujours procéder à l'examen de l'urine, et à la recherche des petits accidents du brightisme, lorsqu'on se trouve en présence d'une angine sèche qui n'est pas sous la dépendance d'une lésion nasale ou naso-pharyngienne. Dans des cas qui, sans être fréquents, sont loin d'être rares, on sera ainsi amené à dépister un mal de Bright à début insidieux. Il peut même arriver que la pharyngite sèche se manifeste avant l'apparition de l'albumine dans l'urine.

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE

RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

VII[e] Congrès annuel tenu a New-York du 23 au. 25 mai 1901

(*Suite*[1])

M. I. F. Mc Caw (Watertawn). — **Otité moyenne tuberculeuse. Mastoïdite et méningite chez un adulte apparemment bien portant sous les autres rapports** *(Tuberculous otitis media, mastoiditis and meningitis in an otherwise apparently healthy adult).*

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, a été vu pour la première fois le 11 décembre 1900. Il y a près d'un an l'oreille

1. Voir n° 15, du 12 avril 1902.

gauche commença à couler et à des intervalles de deux à trois mois, il avait des accès d'otalgie, accompagnés chaque fois d'une recrudescence de l'écoulement. L'état général du malade est resté tout le temps satisfaisant, mais il y a sept semaines, il eut une attaque de grippe bientôt suivie de violents accès de douleurs dans la région temporo-mastoïdienne du côté gauche. Dans l'espace de huit jours, le malade s'est de plus en plus affaibli et est tombé finalement dans un état de stupeur dont on ne pouvait le tirer. Douleurs mastoïdiennes et écoulement fétide de l'oreille. Cavité tympanique remplie de pus et de granulations. Pas d'engorgement ganglionnaire. On porta le diagnostic d'abcès du cerveau probable. Le jour même on ouvrit l'apophyse mastoïde qui a été trouvée détruite sur une grande étendue. La paroi du sinus latéral et les méninges, mises à nu pendant l'opération, étaient parsemées de nombreux tubercules miliaires. Le malade mourut douze heures après. A l'autopsie, les poumons, le foie, la rate et les reins furent trouvés indemnes de toute lésion tuberculeuse; les ganglions mésentériques n'étaient pas tuméfiés. Dans les produits de raclage de l'apophyse mastoïde l'examen microscopique a révélé la présence de bacilles tuberculeux et de streptocoques. Il n'a pas été fait d'examen du cerveau: L'expérience de la plupart des observateurs paraît indiquer que la terberculose primitive de l'oreille n'est pas fréquente.

M. Goldstein (Saint-Louis) a observé dans ces dix dernières années trois cas de mastoïdite qui peuvent être considérés comme des cas de tuberculose primitive de l'oreille. Dans le premier cas, publié il y a neuf ans, il s'agissait d'un jeune homme qui avait éliminé un séquestre contenant le limaçon et une partie des canaux semi-circulaires. Le pus provenant de l'oreille contenait de nombreux bacilles de Koch, mais l'examen physique n'a révélé aucun processus tuberculeux dans toute autre partie du corps. Huit mois après, l'enfant a succombé à la tuberculose pulmonaire, de sorte qu'en réalité on ne saurait considérer ce cas comme une véritable tuberculose primitive de l'oreille. Le second cas concernait une fillette de neuf ans ayant subi une opération à l'âge de deux ans. Les tissus granuleux étaient déjà envahis par des bacilles tuberculeux. L'enfant guérit et à l'heure actuelle elle continue à se bien porter. Le troisième cas a été deux fois opéré pour mastoïdite, la

seconde opération eut lieu il y a six mois. A présent la plaie est en voie de guérison, mais la cicatrisation est lente. L'examen des crachats et des poumons a été négatif quant à un autre processus tuberculeux. Ces cas sont, d'après M. Goldstein, des cas de tuberculose primitive probable de l'oreille. M. Mc Kernon a eu un malade entré sous son observation peu de temps avant d'être opéré. Après l'opération, la plaie ne guérissait pas. Quatre mois plus tard, l'examen microscopique révéla dans les granulations la présence de nombreux bacilles de la tuberculose. Les poumons furent à deux reprises attentivement examinés, mais on n'y découvrit aucun signe d'une affection tuberculeuse. La plaie de l'oreille se fermait de temps à autre, mais se rouvrait de nouveau. Pas de signes de tuberculose généralisée. L'auteur est porté à croire qu'il s'agissait dans son cas d'une tuberculose primitive de l'oreille moyenne.

M. D. LEDERMANN (New-York). — **L'opération de Schwartz-Stacke pour otite moyenne suppurée chronique. Reformation du tympan. Myringectomie secondaire. Amélioration de l'ouïe** *(The Schwartz-Stacke operation for chronic suppurative otitis media. Reformation of the tympanic membrane secondary myringectomy. Improved hearing).*

Dans un des deux cas relatés par l'auteur il y avait une vaste destruction d'os consécutive à une poussée aiguë quoique la suppuration de l'oreille moyenne eût été très atténuée. Le pus contenait des streptocoques et des staphylocoques. Le second cas avait trait à une femme atteinte depuis huit ans d'une suppuration de l'oreille droite et de céphalées localisées au même côté de la tête. L'exploration avec une sonde a révélé une carie des osselets et de l'attique, et de la douleur à la pression sur la région mastoïdienne. Une quinzaine de jours auparavant la malade eut deux frissons distincts. L'opération de Schwartz a été pratiquée le 31 octobre. L'antre était situé très profondément ; par contre, le sinus latéral était superficiel. Pas de pus dans l'antre, mais quelques fongosités enlevées à la curette. Le marteau et l'enclume nécrosés furent extraits. On fit une incision à travers le conduit membraneux et on inséra un drain. La plaie était fermée le sixième jour et la guérison eut lieu au bout de six semaines. A la fin du mois de janvier, récidive de douleurs mastoïdiennes; à l'examen on trouva une

membrane du tympan secondaire. Cette dernière a été enlevée de même que quelques granulations de la partie supérieure de l'attique. La malade eut plusieurs attaques de vertiges accompagnées de vomissements et qui n'ont disparu qu'au bout de deux jours. En définitive, la malade guérit complètement.

M. Edward Dench (New-York). — **Un cas d'affection du sinus latéral** *(A case of sinus disease)*.

L'auteur présente un malade opéré, par lui, il y a six semaines, pour une mastoïdite aiguë. La table interne était nécrosée et le sinus latéral contenait un caillot. Après l'opération, il y eut une élévation extraordinaire de la température et le quatrième jour on lia la jugulaire interne où l'on avait trouvé un caillot ramolli. Le malade guérit sans autres incidents.

M. Norval Pierce (Chicago). — **Affections des amygdales et du tissu périamygdalien. Anatomie et physiologie** *(Diseases of the faucial tonsil and peritonsillar tissue. Anatomy and physiology)*.

Le corps est très riche en tissu lymphoïde. Celui-ci abonde dans le larynx, surtout dans les ventricules; il fait défaut dans la trachée. Le tissu lymphoïde est largement représenté dans la série animale et existe chez tous les mammifères à l'exception des rongeurs. A la naissance, l'amygdale est constituée par une sorte de sac, où à cette époque on reconnaîtrait difficilement une tonsille. La forme des amygdales varie dans chaque cas individuel. L'espace supratonsillaire est triangulaire, à sommet projeté entre les muscles palatins. C'est dans cet espace que se forment les soi-disant abcès amygdaliens. On ne doit jamais oublier de l'explorer en examinant le pharynx. En terminant, l'auteur dit qu'on sait peu de choses sur le rôle fonctionnel des amygdales, quoique des expériences récentes paraissent avoir démontré que les amygdales ont la même fonction que les glandes tubulaires de l'organisme.

M. Max A. Goldstein. — **Suppuration aiguë des amygdales** *(Acute suppuration).*

On admet généralement aujourd'hui que les amygdales offrent des occasions favorables à l'infection et aux suppurations, encore une suppuration aiguë, limitée à l'amygdale et aboutissant à la formation d'un abcès est-elle une affection extrêmement rare. Le processus suppuratif est ordinairement limité au tissu périamygdalien et ne le dépasse pas, et effectivement il peut s'y former de vastes abcès, l'amygdale restant petite et saine. L'auteur est porté à croire que les éléments lymphatiques et glandulaires de l'amygdale jouent un rôle important dans la transmission de l'infection pyogénique au tissu périamygdalien. Une intervention chirurgicale lui paraît rationnelle et souvent nécessaire pour empêcher la possibilité et les conséquences d'un abcès à clapiers. Une incision précoce avant même que la présence de pus puisse être reconnue n'est pas nécessairement une mesure abortive, c'est aussi un excellent procédé curatif et moyen prophylactique.

M. Henry Hartz. — **Suppurations périamygdaliennes** *(Peritonsillar suppuration).*

D'un abcès tonsillaire chronique et latent l'infection se propage souvent par les lymphatiques au médiastin, détermine une pleurésie, voire une pyohémie. L'abcès latent de l'amygdale ne peut être diagnostiqué que sur des coupes de l'amygdale et que par une étude microscopique des micro-organismes. De cette façon on peut en suivre la trace par les lymphatiques jusqu'au médiastin. La carie dentaire, des opérations intra-nasales, l'abrasion de la membrane pharyngée peuvent donner lieu à une infection. La périamygdalite s'observe le plus souvent chez des jeunes gens et dès adultes ou à la période de modifications rétrogrades dans le tissu lymphoïde. Les abcès périamygdaliens observés par l'auteur ont tous présenté un développement marqué de la soi-disant *capsule* de l'amygdale. L'obstruction des conduits sécréteurs naturels est une des principales causes prédisposantes de l'inflammation péritonsillaire et le rhumatisme articulaire qui suit une amygdalite est probablement le résultat du dépôt dans les articulations de

germes ayant pénétré dans l'organisme par les amygdales. Dans presque 25 0/0 des cas observés par l'auteur, les malades souffraient de douleurs improprement appelées rhumatisme. Quand l'obstruction des conduits sécréteurs est supprimée, il n'y a plus à craindre de récidives, même dans les cas qui avaient eu des rhumatismes articulaires. L'obstruction des canaux sécréteurs peut être solide au point de repousser l'infection dans le tissu pharyngé. Dans les cas récidivants, il est prudent de chercher la fistule en pressant avec une sonde sur le pilier antérieur et on peut alors voir sourdre une goutte de pus au niveau de l'orifice fistuleux. Les abcès à répétition sont, pour la plupart, situés dans l'espace pharyngo-maxillaire. Quelquefois, il suffit d'un curettage suivi de l'application d'acide trichloracétique. Le meilleur traitement est assurément l'excision de l'amygdale. Des scarifications et des applications locales de compresses chaudes aident à dissiper la congestion à la période initiale de l'inflammation périamygdalienne. Les gargarismes sont souvent douloureux. Un spray d'une solution de cocaïne à 4 0/0 produit un soulagement considérable.

M. M. R. Ward (Pittsburg). — **Amygdalite lacunaire aiguë** *(Acute lacunar inflammation).*

La lésion essentielle de cette amygdalite est une inflammation catarrhale des lacunes ou cryptes. Sa nature infectieuse n'est plus mise en doute, mais son microorganisme spécifique est encore à isoler. Des opérations pharyngées et intra-nasales sont souvent associées à l'amygdalite lacunaire aiguë; on ne saurait donc prendre trop de précautions en pratiquant ces opérations. La plaie ouverte peut servir de porte d'entrée aux microbes; d'autres fois, ce sont des modifications dans la secrétion des parties qui doivent être rendues responsables de l'affection, enfin cette forme d'inflammation peut aussi être le résultat de l'action de la cocaïne ou des substances analogues sur l'organisme. L'amygdalite lacunaire aiguë s'observe le plus souvent chez les enfants et les adolescents. Toutes les parties de l'anneau lymphatique peuvent en être atteintes. De nombreux faits cliniques montrent que l'amygdalite lacunaire aiguë est

modérément contagieuse et que la gravité de l'inflammation dépend de la nature du microorganisme introduit. Le traitement de cette amygdalite est à la fois local et général. L'auteur ne croit pas qu'on puisse faire avorter le processus inflammatoire. D'après quelques auteurs, le gaïacol en applications locales aurait ce pouvoir, mais ni avec ce médicament ni avec tout autre il n'a réussi à faire avorter une amygdalite lacunaire aiguë. Tout ce qu'on peut faire, c'est modifier la gravité de l'inflammation, la limiter et abréger sa durée. L'absorption de petits morceaux de glace, des applications froides, un purgatif drastique répondent parfaitement à ce but. La codéine, le salol, la phénacétine soulageront les maux de tête et d'autres douleurs. On enlèvera les amygdales dans l'intervalle des attaques.

M. Arthur Root (Albany). — **Pharyngomycose** *(Pharyngomycosis)*.

Le mycosis du pharynx est une affection plutôt rare. Les microorganismes qu'on trouve habituellement dans les dépôts sont les leptothrix et le bacillus follicularis. Le processus est lent et ne présente que des signes objectifs. Le pharyngomycosis donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic, car on le confond fréquemment avec l'amygdalite folliculaire. A l'examen du pharynx, on trouve de petites taches blanc perlé, pointant à la surface de la muqueuse, et, lorsqu'on cherche à les extirper, on constate qu'elles sont profondément incrustées dans les tissus. Si l'affection est de longue date, tous ces points confluent ensemble. On a considéré le mycosis comme une affection prétuberculeuse, mais l'auteur n'accepte pas cette manière de voir. Si le traitement général ne doit assurément pas être négligé, la chose essentielle est le traitement local, qui consiste à détruire le champignon par l'application de divers astringents et antiseptiques. Mieux vaut encore enlever les tissus par un curettage à la pince ou au tonsillotome.

M. Cornelius Q. Coakley (New-York). — **Tuberculose des amygdales** *(Tuberculose)*.

La fréquence de la tuberculose des amygdales ne se prête

pas facilement à une juste appréciation. Dans une série de cas, un observateur a trouvé 48 o/o d'amygdales tuberculeuses; mais, d'après l'expérience clinique de l'auteur, ce chiffre lui paraît trop élevé. Le plus souvent, ce sont les piliers et la paroi pharyngée postérieure qui sont atteints. Les ulcérations tuberculeuses ont ordinairement des contours irréguliers et présentent une tendance à confluer. Dans tous les cas observés par l'auteur, le traitement suivant lui a toujours donné les meilleurs résultats: nettoyage des parties malades avec un spray de chlorure de sodium ou de bicarbonate de soude, suivi de pulvérisation avec une solution à 10 o/o de cocaïne, et, enfin, d'un attouchement à l'acide lactique à 25 o/o. La force de la solution d'acide lactique augmentant graduellement, celle-ci doit être renouvelée tous les trois jours. L'expérimentation a démontré que le bacille de la tuberculose peut passer à travers l'épithélium intact des amygdales. Certains cas de tuberculose primitive des amygdales ne présentent dans leur aspect rien qui puisse les faire différencier d'une hypertrophie ordinaire de ces organes.

(A suivre.) TRIVAS.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Chancre primitif de l'amydale *(Primary chancre of the tonsil)*, **par W. H. KELSON**

Il s'agit d'un homme ayant subi une amygdalotomie double, mais dont un côté n'a jamais guéri. Peu après l'opération apparut un engorgement ganglionnaire, bientôt suivi d'un épanouissement complet de tous les accidents secondaires de la syphilis. Un examen minutieux de toutes les parties du corps n'a pu révéler l'existence récente ou la trace d'un chancre, soit aux organes génitaux, soit ailleurs.

Pour l'auteur, l'infection, dans des cas de ce genre, se produit de la façon suivante : soit la syphilis héréditaire

est méconnue chez un enfant, soit, s'il s'agit d'un adulte porteur de grosses amygdales et à la période initiale des accidents secondaires, l'affection spécifique est méconnue et l'on pratique l'ablation des amygdales.

M. Kelson insiste surtout sur les soins de propreté à prendre pour le nettoyage des instruments avant de s'en servir, et il se demande si quelques-unes de ces mystérieuses éruptions, dont l'apparition est imputée à l'amygdalotomie ou à l'adénotomie, ne seraient pas dues à d'autres toxines introduites de cette façon. (*British med. Journ.*, 26 oct. 1901.)

TRIVAS.

Un cas de bifidité de la langue *(Case of bifid tongue)*, par le Dr H. HAWARD BYWATER.

L'homme porteur de cete anomalie, âgé de trente-cinq ans, est venu à l'hôpital pour une brûlure. Incidemment, on s'est aperçu que sa langue était divisée en deux parties par dépression centrale s'étendant de la pointe en arrière sur une longueur de un quart de pouce. De cette dépression partait un sillon médian qui s'étendait en arrière sur le dos de la langue et aussi à sa face inférieure. La langue était de dimensions normales et d'apparence saine. Le malade avait cette anomalie depuis sa naissance.

Cette malformation congénitale est, paraît-il, extrêmement rare, et, à part celui de l'auteur, il n'en existe qu'un seul cas, celui de Brothers, et cité par Holt dans son *Traité des maladies de l'enfance*. (*British med. Journ.*, 12 oct. 1901.)

TRIVAS.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Affection mutilante du nez (Soc. de dermatol.), par M. DU CASTEL.

Il s'agit d'un malade chez lequel la voûte palatine s'est effondrée, la luette et le voile du palais n'existent plus. Le nez a été détruit. Les lésions ont débuté depuis trois mois; elles sont en voie de cicatrisation. Il n'y a eu ni gangrène ni suppuration, tout au plus y a-t-il eu un suintement séro-purulent. Il n'y a, dans les antécédents du

malade, ni tuberculose ni syphilis. Les coupes histologiques ne permettent pas d'affirmer l'existence d'un épithélioma.

M. Fournier affirme le diagnostic d'épithélioma. (*Bull. méd.*, nov. 1901.) Dr BERBINEAU.

OREILLES

Les maladies de l'oreille chez les enfants de l'arrondissement de Marbourg *(Die Krankheiten des Gehörorgans unter den Volkschulkindern des Kreises Marburg a. L.)*, par le professeur OSTMANN.

Jusqu'à ce jour, toutes les statistiques en ce sens ont été faites sur les enfants des écoles de ville, ainsi celle de Bezold, à Munich (20 0/0 d'affections auriculaires sur 2,000 enfants).

Il était donc intéressant de savoir si, à la campagne, le chiffre de 20 0/0 se maintenait ou diminuait, ainsi qu'on avait voulu le prétendre.

L'auteur a, à cet effet, entrepris de visiter les soixante-dix écoles communales de l'arrondissement de Marbourg, et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Sur 7,537 enfants examinés, 2,142 entendaient mal, c'est-à-dire percevaient la voix chuchotée à une distance moindre de 8 mètres, respectivement de 4 mètres, ce qui donne un pourcentage de 28,4 0/0.

2° Les garçons étaient plus gravement et plus souvent atteints (30 0/0) que les filles (26,8 0/0).

3° Les plus forts pourcentages étaient fournis par les villages suburbains (population ouvrière) et les communes éloignées, dépourvues de communications faciles avec la ville.

4° La surdité est surtout fréquente dans la septième et huitième année; elle l'est moins dans la neuvième, pour devenir de nouveau un peu pus fréquente dans la dixième.

5° Comme symptômes objectifs, on trouverait le plus souvent de la rétraction du tympan (43 0/0). (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 3 et 4.) Dr BERTEMES.

De l'amélioration de l'audition par les tympans artificiels *(Uber Verbesserung des Gehörs bei künstlichem Trommelfelle)* (Travail de la clinique de Schmiegelow, Copenhague), par le Dr BENTZEN.

Après un court aperçu historique et un exposé de la notation employée pour mesurer l'audition, l'auteur résume sept observations où il a étudié très soigneusement la valeur acoustique du tympan artificiel.

Voici les résultats immédiats qu'il a obtenus :

1. La distance à laquelle était entendue la voix chuchotée était augmentée dans tous les cas; dans trois observations, notamment, elle l'était à 5^m 75.

2. La limite inférieure de l'échelle acoustique (sons graves) descendait chaque fois de un à plusieurs tons, même une fois de toute une octave.

3. La limite supérieure (sons aigus, sifflet de Galton) restait sensiblement la même.

4. Le temps pendant lequel le malade percevait un son donné était augmenté, surtout en ce qui concernait les diapasons c, c_1 et c_2 (augmentation quantitative), qui correspondent au milieu de l'échelle. Ce seraient, d'ailleurs, ces sons là que l'oreille devrait nettement percevoir, et surtout percevoir pendant un certain temps, pour pouvoir être à même de comprendre la voix humaine (d'après Bezold, Schmiegelow et d'autres, d'après leurs recherches sur des sourds-muets). C'est ce qui expliquerait l'amélioration à la voix chuchotée.

5. La conductibilité osseuse ne variait pas.

6. Les résultats ne seraient pas aussi favorables quand l'oreille interne serait prise ou quand il y aurait sclérose des deux fenêtres ovale et ronde; l'application du tampon d'ouate (employée par l'auteur) devrait se faire sur l'étrier ou, s'il y a sclérose à ce niveau, sur la fenêtre ronde.

Pour juger du résultat définitif, l'auteur n'a pu se baser que sur une seule observation où il a pu suivre la malade un certain temps; l'amélioration ne s'est pas seulement maintenue, mais a même augmenté par une application journalière de quelques heures. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, janv. 1902.)

Dr BERTEMES.

NOUVELLES

— **Le XXIVe Congrès annuel de l'American laryngological Association** se tiendra à Boston, sous la présidence du Dr John W. FARLOW, les lundi, mardi et mercredi, 26, 27 et 28 mai 1902. La réunion aura lieu à la Boston medical Library, Building, nº 8.

Les membres qui désirent faire une communication sont priés de l'envoyer au secrétaire avant le 15 avril.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

C. S. MINOT, professeur d'embryologie : Le développement des amygdales ; — THOMAS DWIGHT, professeur d'anatomie : Tumeur de la face et particulièrement du pharynx ; — Démonstrations de pièces sur l'anatomie de la partie inférieure de l'ethmoïde, avec remarques sur la formation des cellules. Importance des cellules ethmoïdales, par le Dr H. A. LOTHROP.

La Société votera sur les candidatures du Dr CORNELIUS G. COAKLEY, de New-York, proposé par les Drs KNIGHT et DELAVAN. Ce candidat a fourni un travail sur la pathologie de l'inflammation chronique suppurative de l'antre d'Highmore, et du Dr RICHARDSON, de Washington, proposé par les Drs KYLE et SWAIN, avec un travail sur la kératose de la gorge.

Les spécialistes suivants seront proposés comme membres correspondants :

Dr Paul HEYMANN, de Berlin, proposé par les Drs GLEITSMANN ET SWAIN ; — Dr Marcel LERMOYEZ, de Paris, proposé par les Drs de ROALDES et KING ; — Dr SAINT-CLAIR THOMPSON, de Londres, proposé par les Drs BRYAN et KYLE.

Le programme officiel sera envoyé vers le 10 mai ; le Secrétaire sera à l'Hôtel Somerset le 25 Mai.

Dr JAMES E. NEWCOMB, *secrétaire*.

— **Nécrologie.** — Le *Medical Record*, de New-York, annonce la mort dans cette ville du Dr Oren Day Pomeroy, le spécialiste bien connu des maladies des oreilles et des yeux, ayant succombé, à l'âge de soixante-huit ans, à une attaque d'apoplexie.

— **Nominations.** — M. le Dr M. D. Lederman, est nommé professeur adjoint de laryngologie et de rhinologie au New-York Polyclinic medical School and Hospital.

M. le Dr George Stout est nommé professeur d'otologie à la Philadelphia Polyclinique, en remplacement de M. B. Alexander Randall, démissionnaire.

M. le Dr Karl Biehl est nommé privatdocent d'otologie à la Faculté de médecine de Vienne.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 17. 26 AVRIL 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DE LA PYOHÉMIE OTOGÈNE[1]

Par M. le professeur **E. SCHMIEGELOW**, de Copenhague.
(Traduit par le Dr S. JANKELEVITCH, de Bourges.)

On entend par pyohémie otogène une infection pyohémique consécutive à une suppuration aiguë ou chronique de l'oreille moyenne, et se manifestant par un état fébrile aigu et une tendance à des métastases multiples et variées. Lorsqu'on parle de pyohémie otogène, on comprend non seulement celle d'origine endogène, c'est-à-dire se propageant directement de l'oreille, mais aussi celle de nature secondaire, c'est-à-dire se produisant par l'intermédiaire d'une phlébite du sinus. Les otologistes ne sont pas encore d'accord sur les raisons plaidant en faveur d'une distinction entre ces deux formes. Tandis que les uns croient que toute pyohémie se produit par l'intermédiaire d'une phlébite du sinus, d'autres, et je partage ce dernier avis, tout en admettant que la phlébite du sinus accompagne le plus souvent la pyohémie, et que celle-ci peut se produire à la suite d'une infection avec les cocci et les toxines ayant déterminé au préalable une inflammation intra-sinusienne ou intra-bulbaire, sont loin de croire que cette explication pathogénique soit applicable à tous les cas sans exception. L'infection peut se produire, notamment, sans que le sinus ou le bulbe de

1. Rapport fait à la Société de médecine de Copenhague le 11 février 1902. — Travail reçu le 20 mars 1902.

la jugulaire soient atteints. Il y a dix ans environ, le 20 décembre 1892, j'eus l'occasion de m'exprimer là-dessus dans un rapport[1] fait à la Société de médecine de notre ville. J'ai relaté alors le cas d'une pyohémie otogène très prononcée chez un enfant de cinq ans et qui guérit malgré des métastases pulmonaires septico-pyohémiques. Le sinus ne présentait pas de thrombose dans ce cas. J'ai attiré à cette occasion l'attention sur le dualisme qui existe relativement à la conception pathogénique de la pyohémie otogène, et j'en ai montré l'importance. Lorsqu'en effet le foyer de pyohémie est localisé exclusivement au temporal, une trépanation des cavités de l'oreille moyenne suffit pour arrêter les progrès de l'infection; si, au contraire, la pyohémie est due à des thrombi septiques siégeant dans le sinus transverse, on doit, — et ceci fut déjà proposé par Zaufal, en 1880 et 1884, et pratiqué avec succès plusieurs années plus tard par Lane, Ballance, Salzer et Parker, — on doit, disons-nous, drainer la thrombose du sinus, en sectionnant les parois de ce dernier, et isoler en même temps la section malade du sinus du reste du système vasculaire à l'aide de la ligature de la jugulaire interne.

Je reviendrai plus tard sur cette question qui, dans ces dix dernières années, avait beaucoup préoccupé les otologistes et nous intéresse encore aujourd'hui : car, malgré les nombreuses contributions apportées par la littérature otologiste de cette période, nous n'avons pas encore su nous mettre d'accord sur ce point.

La littérature scandinave n'a pas peu contribué à la solution de cette question. Kr. Poulsen[2], entre autres, fit, le 31 mars 1891, un rapport à la Société de médecine sur les complications cérébrales de l'otite moyenne chronique, et communiqua 4 cas de pyohémie otogène, dans lesquels on

1. Paru *in Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XXIV, p. 127, 1893.

2. Ueber cerebrale Fälle bei chronischer Otitis media (*Nord. med. Ark.*, 1891, n^os^ 8 et 15).

trouva à l'autopsie une thrombose des sinus du cerveau, du sinus transverse en particulier. Toutes les données concernant ces cas ont été extraites par lui des procès-verbaux d'autopsie de l'Hôpital Général de Copenhague. En plus de ces 9 cas de thrombose de sinus confirmée par l'autopsie, il communiqua 1 cas (l'observation XXIII de sa *Monographie*, parue dans *Nordikst med. Arkiv*) qu'il a eu l'occasion d'observer personnellement à la V^e^ section de l'Hôpital Général. Il s'agissait d'une pyohémie otogène très prononcée consécutive à une otorrhée chronique droite, chez un garçon de six ans, qui guérit grâce à un simple drainage de l'affection du temporal, et cela malgré des abcès pulmonaires multiples. Il est difficile de savoir toutefois s'il s'agissait, dans ce cas, d'une thrombo-phlébite du sinus, ce dernier n'ayant pas été mis à nu au cours de l'opération.

A la fin de son travail, le même auteur cite, en revanche, 1 cas de thrombose incontestable du sinus droit chez un jeune homme de dix-huit ans, qui est mort à la suite de symptômes de pyohémie otogène consécutive à une thrombose suppurée du sinus (obs. XXXV, *l. c.*, p. 45). Le sinus fut ouvert par M. Poulsen, au cours de l'opération; mais le malade succomba aux métastases multiples qui ont eu le temps de se former, tels que nombreux abcès pulmonaires, empyème fétide des deux cavités pleurales et une néphrite septique parenchymateuse diffuse et très prononcée.

En 1895, Kr. Poulsen[1] publia un nouveau cas de thrombose purulente du sinus, celle-là suivie de guérison. C'était, dans notre pays, le premier cas de guérison à la suite d'une intervention chirurgicale. Il s'agissait d'un garçon de quinze ans, qui présentait les symptômes caractéristiques d'une pyohémie otogène, survenue à la suite d'une otorrhée chronique gauche. Kr. Poulsen ouvrit le sinus, enleva le thrombus et réussit, comme nous l'avons dit, malgré des métastases

1. Ein Fall von purulenter Sinusthrombose nach einer chronischen Otitis media; Oeffnung des Sinus; Heilung. (*Hospitalstidende*, 1895, n° 38).

multiples, mais peu graves (inflammations des bourses et gaines synoviales), à sauver son malade.

Je mentionnerai, enfin, que M. Poulsen a reproduit, dans *Archiv f. klin. Chir.*, LVIII, 2, son travail paru dans *Nord. med. Arkiv*, revu et augmenté de quelques nouvelles observations de pyohémie otogène avec phlébite du sinus.

Pour la Finlande, nous avons le travail très intéressant de M. Forselles, paru en 1893[1] et relatif à la thrombose du sinus latéral. Ce travail est basé sur 137 cas, recueillis dans la littérature, auxquels l'auteur en ajoute 6 personnels, observés à la clinique chirurgicale d'Helsingfors. 3 de ces derniers ont été opérés avec ouverture du sinus et enlèvement du thrombus, après ligature de la veine jugulaire. Tous les trois malades ont succombé. Dahlgren a publié 4 cas de pyohémie otogène, avec thrombose du sinus, provenant du service du professeur Lennander, à Upsala. Les 3 premiers de ces cas ont été publiés dans *Upsala Läkareforenings Forhandlingar*, XXX, et *Archiv f. klin. Chir.*, LII (tirage à part), le quatrième dans *Upsala Läkaref. Forhandl.*, 1895-1896, 8 (tirage à part). Voici ces cas résumés brièvement :

1° *Opérateur Lennander.* — Jeune homme de vingt et un ans. Otite aiguë moyenne. Abcès métastatique du fémur; trépanation. Mise à nu du sinus, dont la ponction exploratrice ne ramène point de sang. Ligature double de la veine jugulaire, section du sinus, extraction du thrombus. Guérison, malgré de nombreuses eschares par décubitus et métastases rénales.

2° *Opérateur Dahlgren.* — Garçon de quatorze ans. Otorrhée chronique. Opération radicale. Gros abcès péri-sinusien. Ponction exploratrice du sinus ramène du sang. A la suite des frissons et d'une élévation de la température survenus les jours suivants, il pratiqua sept jours plus tard la ligature double de la jugulaire interne, section du sinus, qu'on trouva thrombosé. Guérison.

3° *Opérateur Lennander.* — Femme de cinquante-quatre ans. Otorrhée chronique droite. Opération radicale. Perforation du sinus transverse. Ponction exploratrice ne ramène point de sang.

1. *Die durch eitrige Mittelohrentzündung verursachte Lateralsinusthrombose und deren operative Behandlung.* Kuopis, 1893.

Ligature double de la jugulaire interne. Section du sinus, qui renfermait un thrombus. Guérison.

4° *Opérateur Dahlgren.* — Garçon de seize ans. Otorrhée chronique droite. Trépanation. Mise à nu du sinus. Hémorragie abondante. Ligature des deux jugulaires internes. Huit jours plus tard, à cause des frissons persistants, ouverture du sinus et ablation d'un thrombus. Lavage du sinus et de la jugulaire interne. Guérison.

Enfin, en ce qui concerne la Norvège, nous avons le cas de Uckermann (Med. Selskab, *in Christiania's Verhandl.*, 18 avril 1901, p. 75) relatif à un garçon de treize ans, atteint d'otorrhée chronique avec pyohémie, et ayant subi l'opération radicale. En présence de frissons persistants et de symptômes de phlébite de la jugulaire, on pratiqua la ligature double de la jugulaire interne, et, la fièvre ne diminuant pas, on fit le lavage du sinus et de la jugulaire interne.

On voit, d'après ce court résumé, que la thrombose du sinus constitue le point capital autour duquel tournent tous les travaux scandinaves relatifs à la pyohémie otogène. A l'exception du cas que j'avais cité dans mon rapport de 1892, ces travaux s'occupent exclusivement de ceux des cas de pyohémie otogène, dans lesquels on a pu établir soit cliniquement, soit à l'autopsie, l'existence d'une thrombose du sinus.

Je vais essayer maintenant de donner une description de la pyohémie otogène, en prenant pour point de départ son tableau clinique et, pour vous donner une idée de la variété très grande de ses manifestations cliniques, je me permettrai de vous communiquer brièvement quelques-uns de mes cas relatifs à ce sujet. Je commencerai par les plus faciles, pour citer ensuite des exemples de pyohémie de plus en plus grave, telle, notamment, qu'elle se développe à la suite d'une thrombose septico-pyohémique du sinus.

En terminant, je traiterai avec quelques détails les questions de pathogénie, de diagnostic et de traitement des pyohémies otogènes.

Le premier cas, que je prends la liberté de vous communiquer d'une façon très abrégée, concerne une forme de pyohémie relativement légère.

Cas I. — Un homme, âgé de vingt-trois ans, de Jutland, vint me consulter le 1er décembre 1900. Il était très souffrant. Il était atteint depuis son enfance d'une otorrhée chronique droite, dont il ne s'était jamais beaucoup occupé. Quatorze jours auparavant, il éprouva dans l'oreille droite des douleurs qui s'aggravaient de plus en plus et étaient par moments tout à fait insupportables; elles s'irradiaient au côté droit de la tête et à l'œil droit. Pendant les huit derniers jours, il avait gardé le lit et n'éprouvait aucun besoin de manger. Trois jours avant sa visite, il eut un fort frisson, suivi par d'autres moins prononcés, et chaque accès se terminait par une transpiration abondante. Les douleurs l'empêchent de dormir, il éprouve des nausées, mais sans vomissements, et de temps à autre une sensation de vertige assez prononcé. Les renseignements sur les variations de la température manquent. Depuis quatorze jours que dure cet état, le malade a beaucoup maigri.

État actuel. — Le patient est maigre, d'une constitution délicate. Sa figure exprime la souffrance. Sa démarche est incertaine, un peu chancelante. Il tient la tête raide et un peu penchée à droite; les mouvements de la tête déterminent des douleurs au niveau de la partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien. La région mastoïdienne droite n'est pas infiltrée, mais excessivement sensible à la pression. Le conduit auditif droit est rempli de pus fétide; ses parois sont infiltrées; impossible de déterminer l'état de la membrane du tympan. L'ophtalmoscopie ne révèle rien d'anormal (Dr G. Norrie).

Je le fais entrer à l'hôpital Saint-Joseph et je pratique l'*opération radicale* le 3 décembre 1900. Je trouvai une cavité des dimensions d'une noix, entourée de tissu osseux éburné et renfermant un cholestéatome et du pus fétide. Je voyais en haut la dure-mère exposée sur une grande étendue sur le plancher de la fosse cérébrale moyenne, et en arrière le sinus transverse mis à nu, mais d'un aspect normal. Après avoir enlevé tout ce qui était malade et traité le conduit auditif par un procédé plastique, j'ai tamponné la cavité avec de la gaze iodoformée et appliqué un pansement à l'ouate stérilisée. Mais, le lendemain de l'opération, le malade eut un accès de vertige très violent avec nausées, et quatre jours plus tard les mêmes phénomènes se reproduisirent.

9 décembre. — Température, 37°4/36°8. Pouls, 60, à pulsations

régulières. Hier le malade a de nouveau eu des nausées, des vertiges, et avait vomi à plusieurs reprises. Il éprouve des douleurs légères dans la moitié droite de la tête. Il est calme et en pleine connaissance. L'examen ophtalmoscopique ne révèle rien d'anormal.

19 décembre. — Température, 37° 2/36°8. Pouls, 56. Le malade a souvent souffert de maux de tête, a eu de légères nausées, mais pas de vomissements. Le pansement, qui a été changé au bout de deux jours, sent un peu mauvais. Le malade éprouve de la douleur à la percussion; il existe une légère infiltration sanguine, de quelques doigts de largeur, en arrière et au-dessus de la plaie formée par la résection.

20 décembre. — Fond de l'œil normal. Trépanation de la fosse cérébrale moyenne sous le chloroforme. Le lobe sphéno-temporal, dont la dure-mère adhère au fond du tegmen tympani, est ponctionné en quatre points différents, et on ramène chaque fois un peu de liquide séreux, mais pas de sang. On incise la dure-mère sur une certaine longueur, et aussitôt les pulsations du lobe sphéno-temporal, qui étaient imperceptibles avec l'incision, commencent à se faire sentir.

Après cette opération qui, pendant les premiers jours, fut suivie d'une légère élévation de la température; le malade entra dans la période de convalescence, et le poids du corps augmenta avec une grande rapidité, au point d'augmenter de 16 livres dans l'espace de douze jours (90 livres le 10 janvier et 106 livres le 22 janvier).

11 juin 1901. — Le poids du corps était de 119 livres et l'oreille moyenne complètement épidermisée. Je revis le malade le 14 février 1902. Il allait tout à fait bien.

Ce qui nous intéresse particulièrement dans ce cas, c'est l'éclosion brusque, soudaine, de symptômes d'une pyohémie otogène chez un malade qui, pendant des années, était atteint d'une affection chronique de l'oreille, anodine en apparence. Sans symptômes prémonitoires, apparaît une infection pyohémique, s'annonçant par des frissons répétés plus ou moins intenses. Quoique la température n'ait pas été prise avant la consultation, je suis convaincu qu'on aurait pu en constater une élévation pendant la durée des accès. Le fait que, pendant les deux jours qui ont précédé l'opération, le malade n'a eu ni frissons ni fièvre, ne fait que

me confirmer dans cette opinion qu'il s'agissait, dans ce cas, de pyohémie dont le tableau clinique est précisément caractérisé par l'alternance de périodes fébriles et de périodes d'apyrexie, ces dernières pouvant durer plusieurs jours. A la suite du drainage de l'affection temporale, la source de l'infection semblait éliminée, car, abstraction faite de la courte période fébrile ayant suivi la trépanation et la ponction du lobe sphéno-temporal, l'évolution post-opératoire de la maladie a été complètement apyrétique.

Si l'on n'avait pas eu l'occasion d'opérer le malade pendant une phase relativement peu avancée de la maladie, il est presque certain que l'affection du temporal aurait fini par envahir le sinus transverse, qui était baigné par le pus de l'abcès du temporal, ce dernier ayant perforé en arrière le tissu osseux du sinus. Il se serait produit une phlébite du sinus qui aurait eu pour conséquence la formation d'un thrombus septique, lequel, à son tour, et malgré le drainage de l'affection du temporal, aurait servi de point de départ à de nouvelles infections.

Je ne m'arrêterai pas plus longtemps sur la question de savoir si j'étais autorisé à pratiquer la trépanation du lobe sphéno-temporal, ce côté du tableau clinique n'ayant rien à faire dans la pyohémie otogène. Je mentionnerai seulement que ce qui me faisait penser à la possibilité d'un abcès cérébral, c'étaient les vertiges, les nausées et les vomissements, le fait que le malade avait beaucoup maigri, souffrait de douleurs dans la moitié droite de la tête, et enfin la diminution du nombre des pulsations, qui était tombé à 56. Peut-être s'agissait-il d'une inflammation du labyrinthe, des canaux semi-circulaires en particulier, dont les symptômes ressemblent à ceux d'un abcès cérébral.

Je dois, en revanche, avant de terminer la discussion de ce cas, attirer votre attention sur le degré très prononcé de destruction du temporal qui a été constaté au moment de l'opération, cette destruction s'étant développée insidieu-

sement pendant les longues années qu'avait duré la suppuration de l'oreille. A part la suppuration fétide, qui seule avait fait conclure à l'existence d'une affection auriculaire, le malade ne présentait aucun symptôme de nature à faire soupçonner la gravité de cette affection, et ce qui est surtout digne d'attention, c'est que la région mastoïdienne, quoique renfermant une assez volumineuse cavité remplie de pus fétide et d'un cholestéatome, ne présentait aucune modification quant à son aspect extérieur. Ce phénomène, qu'on observe souvent chez les malades atteints d'une otorrhée chronique, trouve son explication dans ce fait que l'affection locale avait d'abord dans le conduit auditif une voie d'écoulement suffisante, et, lorsque le conduit se fut trouvé obstrué par des granulations fongueuses, des phénomènes de rétention aiguë ont fait leur apparition, créant ainsi des conditions favorables à la production d'une pyohémie otogène, et c'est là aussi la raison de la sensibilité à la pression que présentait la région mastoïdienne. Je passe à mon cas suivant :

Cas II. — Le 18 juin 1901, je fus appelé par dépêche, à la campagne, auprès d'une jeune fille de vingt-deux ans, souffrant de symptômes cérébraux survenus d'une façon aiguë et à la suite d'une otorrhée chronique droite post-scarlatineuse, dont les débuts remontaient à son enfance. Elle avait toujours eu une otorrhée fétide qui, d'ailleurs, ne la gênait pas outre mesure et qui n'a jamais été soignée non plus. Trois ans auparavant, son médecin lui a extrait un polype de l'oreille.

En octobre 1900, se sont produits des symptômes de rétention très prononcés, avec formation dans la région mastoïdienne d'un abcès sous-périostique, qui fut ouvert et laissa à sa suite une fistule qui se referme de temps à autre pour se rouvrir de nouveau. A part cette petite infirmité, elle allait très bien pendant le printemps 1901 et était occupée à faire des préparatifs pour son prochain mariage, lorsque, *le 16 juin, elle éprouva subitement des douleurs très violentes dans la moitié droite de la tête*, de la région occipitale en particulier ; les mouvements de la tête étaient également accompagnés de douleurs violentes. La température monta à 39° 2 ; le nombre des pulsations était de 92. Pas de frissons ni de vomissements. Le médecin de la famille ordonne des appli-

cations de glace sur la tête et fait une injection de morphine à la suite de laquelle elle passe une nuit relativement calme.

Le 17, au matin, elle a eu des vomissements très forts; la température était de 38°8; le nombre des pulsations de 100. Les douleurs étaient un peu moins fortes que la veille.

Le 18, la fistule rétro-auriculaire, qui était restée fermée pendant quelque temps, s'est rouverte de nouveau et sécrétait légèrement.

Je vis la malade à quatre heures de l'après-midi. Elle était très chaude, transpirait et gardait sa pleine connaissance. Température, 38°2. Pouls, 100, régulier. Etant couchée tranquillement, elle n'éprouvait aucune douleur, mais les mouvements de la tête provoquaient toujours des douleurs. Elle avait des vertiges très forts. Le conduit auditif droit est rempli de pus très fétide, sale, ce qui, ajouté à l'infiltration très prononcée des parois du conduit, rendait un examen otoscopique impossible. Derrière l'oreille, au niveau du sommet de l'apophyse mastoïde, se trouvait une fistule suppurante, mais l'apophyse elle-même n'était ni infiltrée ni sensible à la pression. Pas de sensibilité à la percussion cranienne. La malade était allée à la selle la veille.

On entreprend aussitôt *l'opération radicale sous l'anesthésie.* L'apophyse mastoïde était transformée en une cavité des dimensions d'une noix, remplie de pus fétide et renfermant un cholestéatome; le pus se trouvait sous une forte pression. La cavité était tapissée d'une épaisse membrane. Ablation de la paroi postérieure du conduit. On trouve que le cholestéatome s'étend jusque dans la cavité de la caisse. Les osselets ont disparu. *La dure-mère n'était pas perforée.* On met à nu le sinus transverse et la dure-mère du plancher de la fosse cérébrale moyenne, et on trouve l'un et l'autre sans modifications. On pratique l'autoplastie du conduit auditif, on tamponne la cavité avec de la gaze iodoformée et on applique un pansement au coton stérilisé.

Le traitement post-opératoire, confié d'abord au médecin de la famille, le Dr Gjellerup, ne laissa rien à désirer. La malade eut bien les premiers temps des nausées continues, une albuminurie passagère et un peu d'ictère; mais le pouls et la température sont toujours restés normaux, et au bout de quelques mois la guérison était complète.

Ce dernier cas présente, ainsi que le précédent, une forme relativement bénigne de pyohémie otogène, comme on l'observe souvent au cours d'une otorrhée chronique persis-

tant pendant des années sans subir aucun traitement. Le temporal et surtout l'apophyse mastoïde sont de plus en plus usés par le cholestéatome, qui augmente de volume grâce à la formation de nouvelles couches épidermoïdes, et, finalement, toute l'apophyse mastoïde se trouve transformée en une seule cavité, des dimensions d'une noix et séparée de l'extérieur par une très mince paroi osseuse. Tant que la cavité peut se vider par le conduit auditif, les symptômes restent atténués, le malade n'étant gêné que par la présence de pus fétide dans son oreille.

Mais, dès que cette voie de drainage se trouve supprimée, soit que le plancher du conduit vienne à se couvrir de masses granuleuses ou pour toute autre raison, les symptômes de rétention ne tardent pas à apparaître. Chez notre malade, ceci est arrivé une première fois en octobre 1900; mais il se forma dans la cavité cholestéatomateuse une soupape de sûreté sous forme d'une fistule ayant perforé la corticale de l'apophyse mastoïde, et aussitôt les symptômes de rétention disparurent, et pendant les neuf mois suivants l'état de la malade était resté supportable, la fistule étant tantôt fermée, tantôt ouverte. Enfin, pendant l'été 1901, les symptômes de rétention reparurent, plus intenses que la première fois, ayant un caractère nettement pyohémique et accompagnés de signes d'une complication cérébrale (nausées, vomissements, vertiges). Ces phénomènes alarmèrent la malade et son entourage, et les décidèrent à accepter l'opération radicale, qui permit à l'auteur de constater que le temporal était le siège de lésions très étendues.

La preuve qu'il s'était agi, dans ce cas, d'un début de pyohémie est fournie par la succession d'accès fébriles aigus, ainsi que par l'albuminurie passagère et par l'ictère qui sont survenus en même temps. Le fait que cette pyohémie n'a donné lieu qu'à des crises peu dangereuses et ayant disparu dès que le foyer de la pyohémie, c'est-à-dire la cavité renfermant le cholestéatome et le pus, eut été ouvert et vidé, ce

fait prouve que l'infection purulente n'avait pas encore envahi le système vasculaire et n'avait surtout pas eu le temps de déterminer la formation de thrombi septico-pyohémiques dans les veines.

J'ai eu l'occasion d'observer une série de cas à marche analogue. Des malades atteints de vieilles otorrhées chroniques sont subitement pris de symptômes pyohémiques aigus, accompagnés de douleurs dans la tête, dans et autour de l'oreille, de vertiges, de nausées, de vomissements, autant de symptômes faisant craindre une complication intra-cranienne concomitante. Chez tous ces malades, l'opération radicale, pratiquée rapidement et établissant un drainage suffisant, a amené une disparition de tous les symptômes et une guérison complète.

Mais j'ai observé, d'un autre côté, que l'otorrhée chronique, lorsqu'elle peut, sans être troublée, exercer son action destructive sur le temporal, est capable de donner lieu à des pyohémies beaucoup plus graves, avec abcès par congestion dans la région temporale et des infections métastatiques, mettant gravement en danger la vie des malades, et cela malgré l'intervention la plus rapide et la plus énergique.

Cas III. — Il y a neuf ans, notamment, j'ai communiqué, ainsi que je l'ai dit, à la Société de médecine de notre ville, une observation concernant un garçon de cinq ans qui était atteint d'une pyohémie des plus graves, suivie d'un infarctus pulmonaire et d'un empyème septique de la cavité pleurale, le tout à la suite d'une otorrhée chronique droite négligée.

Comme chez les malades précédents, j'ai trouvé, au cours de l'opération, une cavité cholestéatomateuse, des dimensions d'une noix, remplie de pus fétide et occupant en partie le temporal, en partie le plancher de la fosse cérébrale moyenne, le temporal étant perforé dans sa partie supérieure et la dure-mère formant en cet endroit la paroi de la cavité.

Les frissons et la fièvre (41° 1) persistant après l'opération, on mit à nu et on incisa le sinus, qui ne renfermait, d'ailleurs, que du sang liquide. Lorsque survinrent les symptômes d'une pneumonie et d'une pleurésie purulente, j'ai pratiqué la résection des côtés, qui

fut suivie, quoique à une échéance assez longue, de guérison. Deux mois et demi seulement après le premier frisson, la température redevint normale, et l'empyème pleural n'était guéri qu'au bout de huit mois.

Il y a sept ans, j'ai vu un autre cas de pyohémie tout aussi prononcée chez une fillette, qui guérit également, malgré le grand nombre des métastases et l'importance des organes qui en ont été le siège. A la suite d'une otorrhée chronique négligée, survinrent les symptômes d'une pyohémie aiguë au cours de laquelle se produisirent :

1° Un abcès sous-périostique des régions mastoïdienne et temporal;

2° Un abcès épidural de la fosse cérébrale postérieure;

3° Un abcès du lobe cérébelleux droit;

4° Un abcès rétro-pharyngé;

5° Un abcès du lobe inférieur du poumon gauche.

Je vous demanderai la permission de vous relater ce cas.

Cas IV. — Hansine Barchager, de Slagelse, onze ans, me fut envoyée le 4 décembre 1896 par le médecin de l'hôpital, le Dr Forum Jensen. Elle était atteinte depuis cinq ans d'une otorrhée chronique fétide, et fut pendant la dernière année seulement traitée à l'aide d'injections et d'instillations qui ont eu pour effet d'arrêter l'écoulement. Trois semaines auparavant, elle eut des douleurs violentes dans l'oreille, et la région mastoïdienne droite était devenue tuméfiée et sensible à la pression. Les douleurs s'irradiaient à toute la tête et à l'épaule droite, survenant par crises, plusieurs fois dans la journée. Ces douleurs troublaient son sommeil, et elle ne pouvait dormir sans avoir pris une injection de morphine. Elle a eu à plusieurs reprises des frissons violents, suivis d'une sensation de chaleur et de transpiration. Nausées, mais sans vomissements. Anorexie. A beaucoup maigri depuis trois semaines.

État actuel. — La malade est de constitution délicate, très maigre, et sa physionomie exprime la souffrance. La peau est sèche et brûlante. Température, 39°. Joues congestionnées. Elle est en pleine connaissance. Le pavillon droit est un peu refoulé en avant et en dehors. Les régions mastoïdienne et temporale présentent un abcès périostique des dimensions de la paume de la main. Du

conduit auditif, dont la paroi est infiltrée au point de ne pas permettre l'examen otoscopique, s'écoule un pus fétide.

Incision de l'*abcès périostique*, qui donne issue à du pus liquide, extrêmement fétide. Les parois de la cavité de l'abcès sont tapissées de membranes diphtériques. On voit le pus sourdre à travers la paroi interne du conduit auditif, l'abcès ayant perforé cette paroi entre la portion cartilagineuse et la portion osseuse, et se trouvant, d'un autre côté, en communication avec la fosse cérébrale postérieure, par l'intermédiaire d'une petite fistule qui a perforé la boîte cranienne, à 2 centimètres en arrière du bord postérieur de l'apophyse mastoïde.

7 *décembre*. — Température 40°/40°. La malade a de fréquents frissons suivis de sueurs. Elle est en pleine connaissance, ne tousse pas. Elle est assise dans son lit et demande à lire. Se plaint de temps à autre de maux de tête.

On pratique sous l'anesthésie l'opération radicale et la trépanation de la fosse cérébrale postérieure. En réunissant la plaie résultée de la trépanation à celle formée par la résection, on met à nu la dure-mère sur une assez grande étendue. La paroi du sinus est épaissie, molle, élastique. On vide un gros abcès épidural qui se trouve dans la fosse cérébrale postérieure. Le marteau et l'enclume, fortement cariés, sont enlevés. L'oreille moyenne est remplie de pus fétide et de masses granuleuses. Trépanation de la fosse cérébrale moyenne. On n'y trouve rien d'anormal, et comme on sent les pulsations du cervelet et du lobe temporal, on s'abstient d'en faire la ponction. La partie cutanée du conduit auditif est sectionnée dans sa longueur, de façon à former des lambeaux quadrangulaires. La plaie est tamponnée avec de la gaze iodoformée. Pas d'induration au niveau des vaisseaux du cou.

8 *décembre*. — Température normale. La malade a bien dormi, n'a pas éprouvé de douleurs.

10 décembre. — La malade va bien, mais la température monte de nouveau. La peau est un peu sèche et chaude. Le pansement, exhalant une mauvaise odeur, est changé. Après l'avoir enlevé, on voit au niveau de la surface postérieure de l'apophyse mastoïde un amas de pus animé de pulsations et qui *vient de la dure-mère à travers une fistule laissant passer la sonde jusque dans le cervelet, à une profondeur de 2 centimètres*. Incision de la dure-mère et lavage de l'abcès avec une solution de sublimé.

15 décembre. — Après s'être portée relativement bien, et sans avoir eu de fièvre, pendant les jours précédents, la malade éprouve depuis la veille une sensation de courbature et des douleurs dans

la moitié gauche du thorax, surtout pendant la toux. Elle est très faible, a la peau sèche et brûlante. A eu des frissons répétés. A six heures et demie du matin, la température était de 38°, et à neuf heures, de 40°. La suppuration de la plaie sent encore assez mauvais. La malade ayant un eczéma iodoformique, on applique un pansement à la gaze stérilisée trempée dans une solution boriquée sublimée. L'examen stéthoscopique ne révèle rien d'anormal.

16 décembre. — La malade ne va pas bien. Nombreux frissons et variations de la température. Tousse un peu. Pouls, 150. Se plaint de douleurs dans le côté gauche du cou, qui disparaissent à la suite d'applications de compresses chaudes. L'examen stéthoscopique et celui des urines ne révèlent rien d'anormal.

19 décembre. — De nouveau, douleurs dans le côté gauche du cou. Tient la tête raide, ne peut pas la tourner en arrière, et très difficilement sur le côté. Ne peut rester couchée, mais se tient tout le temps assise dans son lit. Une infiltration profonde, dure, existe en arrière et en dedans du sterno-cléido-mastoïdien. La paroi postérieure du pharynx présente une tuméfaction fluctuante recouverte d'une muqueuse pâle, occupant tout le naso-pharynx et le pharynx buccal, et se perdant en bas, au niveau de la base de la langue. Il s'agit d'un abcès rétro-pharyngé qui, incisé par la bouche, donne issue à une grande quantité de pus très fétide.

28 décembre. — La malade était un peu mieux pendant cette dernière semaine. L'abcès rétro-pharyngé s'est vidé en partie par le pharynx, en partie à travers une perforation au niveau du plancher du conduit auditif, à travers laquelle une sonde arrive à une distance de 6 à 7 centimètres au-devant de la colonne vertébrale. La malade est sans fièvre depuis deux jours.

6 janvier 1897. — La malade s'est promenée ces jours derniers. Le soir, la température monte à 40°, sans qu'on puisse constater l'existence de douleurs ou de symptômes locaux quelconques. La plaie opératoire est sèche et propre.

12 janvier. — La température baisse un peu. La malade tousse et expectore des crachats muco-purulents fétides qui, avant, étaient mélangés d'une grande quantité de sang. Matité au niveau de la base du poumon gauche, avec affaiblissement du bruit respiratoire et quantité de râles humides.

1er février. — L'expectoration des crachats purulents, fétides, a un peu diminué, mais persiste toujours. La plaie rétro-auriculaire est épidermisée. Il reste une fistule rétro-auriculaire. Appétit bon. Pas de fièvre.

17 février. — La malade rentre chez elle. La toux et l'expectoration ont cessé. Quand je l'ai revue en octobre 1900, elle était tout à fait guérie.

De même que les précédentes, cette observation montre avec quelle insouciance les malades et leur entourage se comportent vis-à-vis d'une affection telle que l'otorrhée chronique. Du moment que la personne qui en est atteinte n'en éprouve pas de douleurs, elle ne mérite, à leurs yeux, aucune considération. On ne se doute pas du danger suspendu comme une menace sur la tête de l'enfant; et c'est seulement lorsqu'il tombe gravement malade, lorsqu'apparaissent les symptômes d'une pyohémie aiguë, que les parents s'aperçoivent qu'il y a du danger et conduisent l'enfant chez un spécialiste.

Il résulte de l'ensemble du tableau clinique, ainsi que de l'aspect de la courbe thermique présentant des ascensions subites et des chutes profondes, qu'il s'agissait, dans ce dernier cas, d'une infection septico-pyohémique. Toutes les fois qu'on ouvrait un foyer de suppuration, la température tombait et restait basse pendant quelques jours, pour se relever de nouveau à la suite d'une nouvelle infection et de la formation d'un nouvel abcès. Ce n'est qu'au bout de cinquante-trois jours, à partir du jour de l'opération, que la température est devenue définitivement normale et que l'infection a fini par tarir.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE

RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

VII[e] Congrès annuel tenu a New-York du 23 au 25 mai 1901

(*Suite et fin*[1])

M. Talbot Chambers (Jersey City). — **Complications ganglionnaires** *(Glandular complications)*

Le gaïac à doses fréquemment répétées détermine une

1. Voir n[os] 15 et 16, des 12 et 19 avril 1902.

diminution rapide dans le volume des ganglions. L'énucléation est préférable à l'incision et au curettage.

M. Jonathan Wright (Brooklyn) ouvre la discussion générale. Il dit que la structure de l'amygdale normale est, en réalité, la même que celle des ganglions lymphatiques. Il y a bien des années, Huxley a prétendu que les amygdales ne sont qu'un diverticulum du pharynx autour duquel se sont disposés les ganglions lymphatiques. La théorie phagocytique a grandement modifié ces idées, et, à l'heure actuelle, on admet que c'est le suc des cellules lymphatiques qui protège le corps contre l'invasion microbienne.

Le tissu lymphoïde forme autour du diverticule une sorte de cuirasse protectrice qu'on trouve sur divers points de la muqueuse après l'ablation de l'organe. Ce sont probablement ces fentes qui deviennent pour les bactéries un foyer de pullulation.

Dans le nez, les mêmes raisons pour le développement de ce tissu lymphoïde n'existent pas. Par contre, il y a une nécessité particulière pour une telle influence protectrice dans le pharynx qui reçoit les sécrétions nasales, les mucosités chassées des bronches et de la trachée et est traversé par le bol alimentaire venant de la bouche. Avant qu'elles puissent atteindre les ramifications terminales de l'arbre bronchique, les bactéries se déposent sur la muqueuse et sont poussées par les cellules ciliées vers le pharynx, et c'est précisément là qu'elles rencontrent l'anneau lymphatique de Waldeyer.

M. F. C. Cobb (Boston) croit que, dans la plupart des cas d'abcès péritonsillaire aigu, on peut trouver une amygdalite aiguë antérieure, quoique bien souvent il n'existe aucune trace de cette amygdalite. La tendance actuelle est de faire l'incision entre les piliers, au lieu de la pratiquer dans le point d'élection classique, c'est-à-dire dans le pilier antérieur. Si l'on incise à angle droit à la direction du pus, celui-ci peut être ou ne pas être atteint, tandis qu'en incisant dans la direction du pilier, on coupe dans la direction suivie par le pus, et il est beaucoup plus facile de l'atteindre. Dans les abcès péri-amygdaliens, il y a à considérer deux sortes de cas : 1° ceux où le pus se collecte en grande partie entre le pilier antérieur et l'amygdale, et 2° ceux où le pus est dans le pilier antérieur. Dans cette dernière catégorie de cas, le pilier antérieur se porterait en avant, et le pilier postérieur en arrière, ou *vice versa;* on se guiderait par là pour ouvrir par le pilier antérieur ou postérieur, ou par la fossette sus-amygdalienne. M. Cobb a mesuré la profondeur des abcès péritonsillaire et

a trouvé une moyenne d'un pouce et un huitième. C'est pourquoi, en ouvrant ces abcès, il suffit largement de faire pénétrer le bistouri à une profondeur de trois quarts de pouce.

M. LEDERMAN relate un cas ayant présenté des symptômes semblables à ceux de la grippe. Dans la gorge, on trouva une inflammation pseudo-membraneuse et, au microscope, des colonies de staphylocoques.

L'exsudat pseudo-membraneux disparut au bout de quelques jours, mais aussitôt après toutes les articulations du corps furent envahies; le traitement anti-rhumatismal a amené une amélioration rapide. Il a vu un cas où l'amygdale avait été incisée plusieurs fois pour un abcès péri-amygdalien; le bistouri a dû être porté directement à un pouce et demi en arrière avant qu'on ait atteint le pus.

M. FRENDENTHAL (New-York) convient, avec M. Ward, qu'il est impossible de prévenir une amygdalite lacunaire aiguë par l'emploi de médicaments, mais qu'on peut le faire en faisant attention aux facteurs climatériques qui jouent, d'après lui, un rôle important dans l'étiologie de cette affection. Pour prévenir l'amygdalite lacunaire aiguë, l'auteur conseille de ne jamais emmitoufler les enfants de vêtements, de les rendre endurant aux intempéries et aux changements de température. Les mucosités qui s'écoulent dans le naso-pharynx et s'y dessèchent jouent le rôle de corps étrangers et occasionnent une irritation qui prédispose aux amygdalites lacunaires. L'indication est de traiter le naso-pharynx.

M. M A. GOLDSTEIN (Saint-Louis) croit à la possibilité de deux voies d'infection. Il existe deux formes d'infection péri-amygdalienne ayant des caractères cliniques différents. La forme péri-amygdalienne est cliniquement limitée au pilier antérieur; l'autre forme est l'abcès supra-tonsillaire. Il s'agit de savoir si la forme d'abcès périamygdalien si intimement associée à l'amygdale et au pilier antérieur ne serait pas due à une infection directe de l'amygdale et si, d'autre part, la seconde forme ne serait pas produite par la voie des canaux lymphatiques. Il croit qu'il est possible de différencier ces deux formes. M. Goldstein partage les idées de M. Frendenthal en ce qui concerne les moyens préventifs indiqués par lui contre l'amygdalite aiguë. Dans ces dernières années, il a essayé plusieurs fois à curetter les cryptes et à les toucher à l'acide phénique pur ou à l'acide trichloroacétique. Dans la plupart de ces cas, il a réussi, par ce traitement, à réduire matériellement la durée de l'affection amygdalienne.

M. HALSTED (Syracuse) rapporte un cas extrêmement intéressant d'inflammation de l'amygdale. Un étudiant de l'Université tomba

malade; la courbe de la température était celle de la fièvre typhoïde. Neuf jours après le début, on vit apparaître des taches sur le corps et un ou deux points d'ulcération sur l'une des amygdales. Les symptômes pharyngés devinrent rapidement très accusés. Un médecin invité diagnostiqua une affection syphilitique. Quand l'auteur vit le malade, trois jours après, la luette était très œdématiée et l'amygdale gauche ulcérée. La température oscillait entre 37° 8 le matin et 39° le soir. Le cas lui parut être une fièvre typhoïde compliquée d'une amygdalite (?), mais l'auteur avoua n'avoir jamais vu cette complication.

M. J. E. SHEPPARD (Brooklyn). — **Abcès cérébelleux multiples. Thrombose du sinus sigmoïde** *(Multiple cerebellar Abscesses. Sigmoid sinus thrombosis).*

Les pièces anatomiques présentées par l'auteur appartiennent à un homme de trente-sept ans, qui avait été admis à l'hôpital de Brooklyn le 19 avril 1901. Quatre mois auparavant il reçut un coup sur la région frontale. Un mois plus tard, il fut pris de douleurs dans l'oreille droite et peu après s'établit un écoulement purulent de cette oreille.

Il y a un mois, le malade souffrait de maux de tête localisés surtout du côté droit; il existait en même temps une tuméfaction de la région mastoïdienne. A l'examen, on trouva une diminution considérable de l'ouïe. Le nombre des globules blancs était légèrement augmenté; la température sous la langue oscillait entre 36°1 et 36°6. Le pouls battait de 58 à 72 pulsations à la minute. A l'opération, on trouva les cellules mastoïdiennes oblitérées. Une ponction du sinus laissa échapper près d'un demi-drachme de pus contenant de nombreux streptocoques. Il n'y avait pas un seul symptôme d'affection sinusienne.

Trois jours après, on ponctionna le cervelet et l'on retira près de trois drachmes de pus contenant également des streptocoques. Il s'en est suivi une amélioration temporaire. Deux jours après, le malade mourut subitement au milieu de phénomènes respiratoires. A l'autopsie on trouva, dans la partie antérieure du lobe droit du cervelet, deux abcès dont l'antérieur seul était ouvert. Le sinus latéral droit, entièrement, et le sinus longitudinal, partiellement, étaient oblitérés par un thrombus organisé.

M. William Brandegee (New-York). — **Vertige tympanique dû à une obstruction de la trompe d'Eustache** *(Tympanic vertigo due to obstruction of the Eustachian tube).*

Les vertiges peuvent se diviser en quatre variétés : 1° vertige d'origine cardiaque; 2° vertige compliquant une affection de l'estomac ou de l'intestin; 3° vertige associé à une affection oculaire, et 4° vertige reconnaissant pour cause une affection de l'oreille. Les vertiges de ce dernier groupe se compliquent presque toujours de bourdonnements. Quand il n'existe qu'une surdité légère, le malade ne se plaint guère de son vertige. La limite des sons bas est presque toujours atteinte. Les vertiges dus à une lésion auriculaire sont soit subjectifs, soit objectifs et peuvent varier d'un simple étourdissement jusqu'à rendre le malade absolument incapable de se tenir debout et de marcher. Le vertige est habituellement rapporté au côté où existe la lésion. Le premier effort à diriger contre le trouble consiste dans le rétablissement de la lumière de la trompe. L'électrolyse est, dans ces cas, d'après l'auteur, la méthode de choix qui donne les résultats les plus rapides et les plus efficaces. A l'aide d'un courant du pôle négatif on peut facilement et rapidement introduire la bougie. Ce procédé n'occasionne qu'un minimum de douleur et produit un traumatisme insignifiant. On commencera le traitement par de petites bougies d'un millimètre de diamètre et par un courant de 25 à 40 volts et de 2 à 5 milliampères.

Le but recherché est l'électrolyse, mais non pas la cautérisation.

Le pôle négatif est attaché à la bougie, l'électrode positive est tenue dans la main. Avant de passer la bougie, l'orifice de la trompe sera anesthésié à la cocaïne. Pour être efficace, on introduira la pointe de la bougie jusque dans la cavité tympanique. Pendant les quarante-huit heures qui suivent cette manipulation, les insufflations doivent être rigoureusement proscrites.

M. F. L. Jack. — **Traitement de l'otite moyenne aiguë** *(Management of acute otitis media).*

Au premier stade de l'affection, le traitement consiste à maintenir la perméabilité de la trompe. Dans ce but, on emploiera,

chez les enfants, la poire de Politzer, chez les adultes, le cathétérisme de la trompe. Si l'insufflation est trop forte, il pourra en résulter une aggravation de l'inflammation. La douleur est surtout soulagée par la chaleur sèche. Au second stade, caractérisé par un exsudat dans la caisse et un bombement du tympan, on pratiquera une large incision. Cette opération a une très grande importance: non seulement elle amène un prompt soulagement, mais elle tend encore à prévenir des complications mastoïdiennes. C'est pour avoir négligé de donner issue au liquide que plusieurs cas de surdité s'aggravent et finissent par devenir rebelles à tout traitement. La paracentèse sera pratiquée au point où le tympan bombe le plus et l'incision sera large. L'anesthésie générale n'est pas indiquée chez les enfants, qui en souffrent bien plus que de l'opération elle-même.

M. Charles Richardson (Washington). — **Du traitement précoce des mastoïdites** *(Early treatment of mastoiditis)*.

La première et la plus importante indication au traitement est l'incision large et précoce du tympan. Cette incision ne soulage pas seulement la douleur, elle circonscrit aussi le processus inflammatoire. La deuxième indication, non moins importante, est le repos. Le malade gardera le lit jusqu'à ce que la température soit restée normale pendant deux ou trois jours et que toute douleur ait disparu. Pendant ce temps, le patient sera soumis à la diète liquide et l'on maintiendra la liberté du ventre. La troisième indication est le traitement de l'écoulement. Dans ce but, on prescrira des injections d'eau à 43°, qui paraissent procurer un grand soulagement. La quatrième indication est d'empêcher l'infection de l'apophyse mastoïde ou de l'arrêter, si elle existe déjà. Les applications continues de glace sur l'apophyse mastoïde remplissent le mieux ce but. Malheureusement, bien des malades ne s'adressent au médecin que lorsqu'une perforation spontanée a eu lieu et qu'ils ont de la fièvre et de la douleur. Cette perforation sera alors agrandie et l'on appliquera de la glace d'une façon ininterrompue jusqu'à ce que l'on ait constaté une amélioration manifeste. D'autre part, si au bout de quarante-huit heures ce traitement n'a amené aucune amélioration, une

chez les enfants, la poire de Politzer, chez les adultes, le cathétérisme de la trompe. Si l'insufflation est trop forte, il pourra en résulter une aggravation de l'inflammation. La douleur est surtout soulagée par la chaleur sèche. Au second stade, caractérisé par un exsudat dans la caisse et un bombement du tympan, on pratiquera une large incision. Cette opération a une très grande importance: non seulement elle amène un prompt soulagement, mais elle tend encore à prévenir des complications mastoïdiennes. C'est pour avoir négligé de donner issue au liquide que plusieurs cas de surdité s'aggravent et finissent par devenir rebelles à tout traitement. La paracentèse sera pratiquée au point où le tympan bombe le plus et l'incision sera large. L'anesthésie générale n'est pas indiquée chez les enfants, qui en souffrent bien plus que de l'opération elle-même.

M. CHARLES RICHARDSON (Washington). — **Du traitement précoce des mastoïdites** *(Early treatment of mastoiditis).*

La première et la plus importante indication au traitement est l'incision large et précoce du tympan. Cette incision ne soulage pas seulement la douleur, elle circonscrit aussi le processus inflammatoire. La deuxième indication, non moins importante, est le repos. Le malade gardera le lit jusqu'à ce que la température soit restée normale pendant deux ou trois jours et que toute douleur ait disparu. Pendant ce temps, le patient sera soumis à la diète liquide et l'on maintiendra la liberté du ventre. La troisième indication est le traitement de l'écoulement. Dans ce but, on prescrira des injections d'eau à 43°, qui paraissent procurer un grand soulagement. La quatrième indication est d'empêcher l'infection de l'apophyse mastoïde ou de l'arrêter, si elle existe déjà. Les applications continues de glace sur l'apophyse mastoïde remplissent le mieux ce but. Malheureusement, bien des malades ne s'adressent au médecin que lorsqu'une perforation spontanée a eu lieu et qu'ils ont de la fièvre et de la douleur. Cette perforation sera alors agrandie et l'on appliquera de la glace d'une façon ininterrompue jusqu'à ce que l'on ait constaté une amélioration manifeste. D'autre part, si au bout de quarante-huit heures ce traitement n'a amené aucune amélioration, une

M. William Brandegee (New-York). — **Vertige tympanique dû à une obstruction de la trompe d'Eustache** *(Tympanic vertigo due to obstruction of the Eustachian tube).*

Les vertiges peuvent se diviser en quatre variétés : 1° vertige d'origine cardiaque; 2° vertige compliquant une affection de l'estomac ou de l'intestin; 3° vertige associé à une affection oculaire, et 4° vertige reconnaissant pour cause une affection de l'oreille. Les vertiges de ce dernier groupe se compliquent presque toujours de bourdonnements. Quand il n'existe qu'une surdité légère, le malade ne se plaint guère de son vertige. La limite des sons bas est presque toujours atteinte. Les vertiges dus à une lésion auriculaire sont soit subjectifs, soit objectifs et peuvent varier d'un simple étourdissement jusqu'à rendre le malade absolument incapable de se tenir debout et de marcher. Le vertige est habituellement rapporté au côté où existe la lésion. Le premier effort à diriger contre le trouble consiste dans le rétablissement de la lumière de la trompe. L'électrolyse est, dans ces cas, d'après l'auteur, la méthode de choix qui donne les résultats les plus rapides et les plus efficaces. A l'aide d'un courant du pôle négatif on peut facilement et rapidement introduire la bougie. Ce procédé n'occasionne qu'un minimum de douleur et produit un traumatisme insignifiant. On commencera le traitement par de petites bougies d'un millimètre de diamètre et par un courant de 25 à 40 volts et de 2 à 5 milliampères.

Le but recherché est l'électrolyse, mais non pas la cautérisation.

Le pôle négatif est attaché à la bougie, l'électrode positive est tenue dans la main. Avant de passer la bougie, l'orifice de la trompe sera anesthésié à la cocaïne. Pour être efficace, on introduira la pointe de la bougie jusque dans la cavité tympanique. Pendant les quarante-huit heures qui suivent cette manipulation, les insufflations doivent être rigoureusement proscrites.

M. F. L. Jack. — **Traitement de l'otite moyenne aiguë** *(Management of acute otitis media).*

Au premier stade de l'affection, le traitement consiste à maintenir la perméabilité de la trompe. Dans ce but, on emploiera,

chez les enfants, la poire de Politzer, chez les adultes, le cathétérisme de la trompe. Si l'insufflation est trop forte, il pourra en résulter une aggravation de l'inflammation. La douleur est surtout soulagée par la chaleur sèche. Au second stade, caractérisé par un exsudat dans la caisse et un bombement du tympan, on pratiquera une large incision. Cette opération a une très grande importance : non seulement elle amène un prompt soulagement, mais elle tend encore à prévenir des complications mastoïdiennes. C'est pour avoir négligé de donner issue au liquide que plusieurs cas de surdité s'aggravent et finissent par devenir rebelles à tout traitement. La paracentèse sera pratiquée au point où le tympan bombe le plus et l'incision sera large. L'anesthésie générale n'est pas indiquée chez les enfants, qui en souffrent bien plus que de l'opération elle-même.

M. Charles Richardson (Washington). — **Du traitement précoce des mastoïdites** *(Early treatment of mastoiditis).*

La première et la plus importante indication au traitement est l'incision large et précoce du tympan. Cette incision ne soulage pas seulement la douleur, elle circonscrit aussi le processus inflammatoire. La deuxième indication, non moins importante, est le repos. Le malade gardera le lit jusqu'à ce que la température soit restée normale pendant deux ou trois jours et que toute douleur ait disparu. Pendant ce temps, le patient sera soumis à la diète liquide et l'on maintiendra la liberté du ventre. La troisième indication est le traitement de l'écoulement. Dans ce but, on prescrira des injections d'eau à 43°, qui paraissent procurer un grand soulagement. La quatrième indication est d'empêcher l'infection de l'apophyse mastoïde ou de l'arrêter, si elle existe déjà. Les applications continues de glace sur l'apophyse mastoïde remplissent le mieux ce but. Malheureusement, bien des malades ne s'adressent au médecin que lorsqu'une perforation spontanée a eu lieu et qu'ils ont de la fièvre et de la douleur. Cette perforation sera alors agrandie et l'on appliquera de la glace d'une façon ininterrompue jusqu'à ce que l'on ait constaté une amélioration manifeste. D'autre part, si au bout de quarante-huit heures ce traitement n'a amené aucune amélioration, une

M. William Brandegee (New-York). — **Vertige tympanique dû à une obstruction de la trompe d'Eustache** *(Tympanic vertigo due to obstruction of the Eustachian tube).*

Les vertiges peuvent se diviser en quatre variétés : 1° vertige d'origine cardiaque; 2° vertige compliquant une affection de l'estomac ou de l'intestin; 3° vertige associé à une affection oculaire, et 4° vertige reconnaissant pour cause une affection de l'oreille. Les vertiges de ce dernier groupe se compliquent presque toujours de bourdonnements. Quand il n'existe qu'une surdité légère, le malade ne se plaint guère de son vertige. La limite des sons bas est presque toujours atteinte. Les vertiges dus à une lésion auriculaire sont soit subjectifs, soit objectifs et peuvent varier d'un simple étourdissement jusqu'à rendre le malade absolument incapable de se tenir debout et de marcher. Le vertige est habituellement rapporté au côté où existe la lésion. Le premier effort à diriger contre le trouble consiste dans le rétablissement de la lumière de la trompe. L'électrolyse est, dans ces cas, d'après l'auteur, la méthode de choix qui donne les résultats les plus rapides et les plus efficaces. A l'aide d'un courant du pôle négatif on peut facilement et rapidement introduire la bougie. Ce procédé n'occasionne qu'un minimum de douleur et produit un traumatisme insignifiant. On commencera le traitement par de petites bougies d'un millimètre de diamètre et par un courant de 25 à 40 volts et de 2 à 5 milliampères.

Le but recherché est l'électrolyse, mais non pas la cautérisation.

Le pôle négatif est attaché à la bougie, l'électrode positive est tenue dans la main. Avant de passer la bougie, l'orifice de la trompe sera anesthésié à la cocaïne. Pour être efficace, on introduira la pointe de la bougie jusque dans la cavité tympanique. Pendant les quarante-huit heures qui suivent cette manipulation, les insufflations doivent être rigoureusement proscrites.

M. F. L. Jack. — **Traitement de l'otite moyenne aiguë** *(Management of acute otitis media).*

Au premier stade de l'affection, le traitement consiste à maintenir la perméabilité de la trompe. Dans ce but, on emploiera,

chez les enfants, la poire de Politzer, chez les adultes, le cathétérisme de la trompe. Si l'insufflation est trop forte, il pourra en résulter une aggravation de l'inflammation. La douleur est surtout soulagée par la chaleur sèche. Au second stade, caractérisé par un exsudat dans la caisse et un bombement du tympan, on pratiquera une large incision. Cette opération a une très grande importance : non seulement elle amène un prompt soulagement, mais elle tend encore à prévenir des complications mastoïdiennes. C'est pour avoir négligé de donner issue au liquide que plusieurs cas de surdité s'aggravent et finissent par devenir rebelles à tout traitement. La paracentèse sera pratiquée au point où le tympan bombe le plus et l'incision sera large. L'anesthésie générale n'est pas indiquée chez les enfants, qui en souffrent bien plus que de l'opération elle-même.

M. Charles Richardson (Washington). — **Du traitement précoce des mastoïdites** *(Early treatment of mastoiditis)*.

La première et la plus importante indication au traitement est l'incision large et précoce du tympan. Cette incision ne soulage pas seulement la douleur, elle circonscrit aussi le processus inflammatoire. La deuxième indication, non moins importante, est le repos. Le malade gardera le lit jusqu'à ce que la température soit restée normale pendant deux ou trois jours et que toute douleur ait disparu. Pendant ce temps, le patient sera soumis à la diète liquide et l'on maintiendra la liberté du ventre. La troisième indication est le traitement de l'écoulement. Dans ce but, on prescrira des injections d'eau à 43°, qui paraissent procurer un grand soulagement. La quatrième indication est d'empêcher l'infection de l'apophyse mastoïde ou de l'arrêter, si elle existe déjà. Les applications continues de glace sur l'apophyse mastoïde remplissent le mieux ce but. Malheureusement, bien des malades ne s'adressent au médecin que lorsqu'une perforation spontanée a eu lieu et qu'ils ont de la fièvre et de la douleur. Cette perforation sera alors agrandie et l'on appliquera de la glace d'une façon ininterrompue jusqu'à ce que l'on ait constaté une amélioration manifeste. D'autre part, si au bout de quarante-huit heures ce traitement n'a amené aucune amélioration, une

M. William Brandegee (New-York). — **Vertige tympanique dû à une obstruction de la trompe d'Eustache** *(Tympanic vertigo due to obstruction of the Eustachian tube).*

Les vertiges peuvent se diviser en quatre variétés : 1° vertige d'origine cardiaque; 2° vertige compliquant une affection de l'estomac ou de l'intestin; 3° vertige associé à une affection oculaire, et 4° vertige reconnaissant pour cause une affection de l'oreille. Les vertiges de ce dernier groupe se compliquent presque toujours de bourdonnements. Quand il n'existe qu'une surdité légère, le malade ne se plaint guère de son vertige. La limite des sons bas est presque toujours atteinte. Les vertiges dus à une lésion auriculaire sont soit subjectifs, soit objectifs et peuvent varier d'un simple étourdissement jusqu'à rendre le malade absolument incapable de se tenir debout et de marcher. Le vertige est habituellement rapporté au côté où existe la lésion. Le premier effort à diriger contre le trouble consiste dans le rétablissement de la lumière de la trompe. L'électrolyse est, dans ces cas, d'après l'auteur, la méthode de choix qui donne les résultats les plus rapides et les plus efficaces. A l'aide d'un courant du pôle négatif on peut facilement et rapidement introduire la bougie. Ce procédé n'occasionne qu'un minimum de douleur et produit un traumatisme insignifiant. On commencera le traitement par de petites bougies d'un millimètre de diamètre et par un courant de 25 à 40 volts et de 2 à 5 milliampères.

Le but recherché est l'électrolyse, mais non pas la cautérisation.

Le pôle négatif est attaché à la bougie, l'électrode positive est tenue dans la main. Avant de passer la bougie, l'orifice de la trompe sera anesthésié à la cocaïne. Pour être efficace, on introduira la pointe de la bougie jusque dans la cavité tympanique. Pendant les quarante-huit heures qui suivent cette manipulation, les insufflations doivent être rigoureusement proscrites.

M. F. L. Jack. — **Traitement de l'otite moyenne aiguë** *(Management of acute otitis media).*

Au premier stade de l'affection, le traitement consiste à maintenir la perméabilité de la trompe. Dans ce but, on emploiera,

chez les enfants, la poire de Politzer, chez les adultes, le cathétérisme de la trompe. Si l'insufflation est trop forte, il pourra en résulter une aggravation de l'inflammation. La douleur est surtout soulagée par la chaleur sèche. Au second stade, caractérisé par un exsudat dans la caisse et un bombement du tympan, on pratiquera une large incision. Cette opération a une très grande importance: non seulement elle amène un prompt soulagement, mais elle tend encore à prévenir des complications mastoïdiennes. C'est pour avoir négligé de donner issue au liquide que plusieurs cas de surdité s'aggravent et finissent par devenir rebelles à tout traitement. La paracentèse sera pratiquée au point où le tympan bombe le plus et l'incision sera large. L'anesthésie générale n'est pas indiquée chez les enfants, qui en souffrent bien plus que de l'opération elle-même.

M. Charles Richardson (Washington). — **Du traitement précoce des mastoïdites** *(Early treatment of mastoiditis)*.

La première et la plus importante indication au traitement est l'incision large et précoce du tympan. Cette incision ne soulage pas seulement la douleur, elle circonscrit aussi le processus inflammatoire. La deuxième indication, non moins importante, est le repos. Le malade gardera le lit jusqu'à ce que la température soit restée normale pendant deux ou trois jours et que toute douleur ait disparu. Pendant ce temps, le patient sera soumis à la diète liquide et l'on maintiendra la liberté du ventre. La troisième indication est le traitement de l'écoulement. Dans ce but, on prescrira des injections d'eau à 43°, qui paraissent procurer un grand soulagement. La quatrième indication est d'empêcher l'infection de l'apophyse mastoïde ou de l'arrêter, si elle existe déjà. Les applications continues de glace sur l'apophyse mastoïde remplissent le mieux ce but. Malheureusement, bien des malades ne s'adressent au médecin que lorsqu'une perforation spontanée a eu lieu et qu'ils ont de la fièvre et de la douleur. Cette perforation sera alors agrandie et l'on appliquera de la glace d'une façon ininterrompue jusqu'à ce que l'on ait constaté une amélioration manifeste. D'autre part, si au bout de quarante-huit heures ce traitement n'a amené aucune amélioration, une

M. William Brandegee (New-York). — **Vertige tympanique dû à une obstruction de la trompe d'Eustache** *(Tympanic vertigo due to obstruction of the Eustachian tube).*

Les vertiges peuvent se diviser en quatre variétés : 1° vertige d'origine cardiaque; 2° vertige compliquant une affection de l'estomac ou de l'intestin; 3° vertige associé à une affection oculaire, et 4° vertige reconnaissant pour cause une affection de l'oreille. Les vertiges de ce dernier groupe se compliquent presque toujours de bourdonnements. Quand il n'existe qu'une surdité légère, le malade ne se plaint guère de son vertige. La limite des sons bas est presque toujours atteinte. Les vertiges dus à une lésion auriculaire sont soit subjectifs, soit objectifs et peuvent varier d'un simple étourdissement jusqu'à rendre le malade absolument incapable de se tenir debout et de marcher. Le vertige est habituellement rapporté au côté où existe la lésion. Le premier effort à diriger contre le trouble consiste dans le rétablissement de la lumière de la trompe. L'électrolyse est, dans ces cas, d'après l'auteur, la méthode de choix qui donne les résultats les plus rapides et les plus efficaces. A l'aide d'un courant du pôle négatif on peut facilement et rapidement introduire la bougie. Ce procédé n'occasionne qu'un minimum de douleur et produit un traumatisme insignifiant. On commencera le traitement par de petites bougies d'un millimètre de diamètre et par un courant de 25 à 40 volts et de 2 à 5 milliampères.

Le but recherché est l'électrolyse, mais non pas la cautérisation.

Le pôle négatif est attaché à la bougie, l'électrode positive est tenue dans la main. Avant de passer la bougie, l'orifice de la trompe sera anesthésié à la cocaïne. Pour être efficace, on introduira la pointe de la bougie jusque dans la cavité tympanique. Pendant les quarante-huit heures qui suivent cette manipulation, les insufflations doivent être rigoureusement proscrites.

M. F. L. Jack. — **Traitement de l'otite moyenne aiguë** *(Management of acute otitis media).*

Au premier stade de l'affection, le traitement consiste à maintenir la perméabilité de la trompe. Dans ce but, on emploiera,

chez les enfants, la poire de Politzer, chez les adultes, le cathétérisme de la trompe. Si l'insufflation est trop forte, il pourra en résulter une aggravation de l'inflammation. La douleur est surtout soulagée par la chaleur sèche. Au second stade, caractérisé par un exsudat dans la caisse et un bombement du tympan, on pratiquera une large incision. Cette opération a une très grande importance : non seulement elle amène un prompt soulagement, mais elle tend encore à prévenir des complications mastoïdiennes. C'est pour avoir négligé de donner issue au liquide que plusieurs cas de surdité s'aggravent et finissent par devenir rebelles à tout traitement. La paracentèse sera pratiquée au point où le tympan bombe le plus et l'incision sera large. L'anesthésie générale n'est pas indiquée chez les enfants, qui en souffrent bien plus que de l'opération elle-même.

M. Charles Richardson (Washington). — **Du traitement précoce des mastoïdites** *(Early treatment of mastoiditis).*

La première et la plus importante indication au traitement est l'incision large et précoce du tympan. Cette incision ne soulage pas seulement la douleur, elle circonscrit aussi le processus inflammatoire. La deuxième indication, non moins importante, est le repos. Le malade gardera le lit jusqu'à ce que la température soit restée normale pendant deux ou trois jours et que toute douleur ait disparu. Pendant ce temps, le patient sera soumis à la diète liquide et l'on maintiendra la liberté du ventre. La troisième indication est le traitement de l'écoulement. Dans ce but, on prescrira des injections d'eau à 43°, qui paraissent procurer un grand soulagement. La quatrième indication est d'empêcher l'infection de l'apophyse mastoïde ou de l'arrêter, si elle existe déjà. Les applications continues de glace sur l'apophyse mastoïde remplissent le mieux ce but. Malheureusement, bien des malades ne s'adressent au médecin que lorsqu'une perforation spontanée a eu lieu et qu'ils ont de la fièvre et de la douleur. Cette perforation sera alors agrandie et l'on appliquera de la glace d'une façon ininterrompue jusqu'à ce que l'on ait constaté une amélioration manifeste. D'autre part, si au bout de quarante-huit heures ce traitement n'a amené aucune amélioration, une

intervention deviendra nécessaire. Le gonflement de l'apophyse mastoïde et l'affaissement de la paroi postérieure du conduit auditif indiquent l'existence d'une collection purulente et exigent une intervention radicale immédiate. On n'accordera pas une trop grande importance à l'amélioration apparente dans les symptômes moins essentiels, car on risque de cette façon de commettre quelquefois de graves erreurs. On attachera, par contre, la plus grande valeur à la diminution de la douleur et à la modification des caractères de l'écoulement.

Cette communication donne lieu à une longue discussion à laquelle prennent part MM. Ed. DENCH, Mc KERNON, BERENS, CHAMBERS, etc.

M. STUCKY (Lexington). — **Pharyngite lithémique** *(Lithoemic pharyngitis)*.

L'acide urique provoque des réactions inflammatoires dans les muqueuses. L'élimination exagérée d'acide urique et l'impossibilité où sont les organes éliminatoires de remplir cette fonction en occasionnent des dépôts dans d'autres organes. Les manifestations locales de la diathèse peuvent ne pas être confinées au pharynx, mais faire leur apparition dans le nez et le tube gastro-intestinal. L'attaque ne provoque d'abord aucune lésion ; elle peut être précédée d'une sensation de constriction dans la gorge s'accentuant à la déglutition. Il y a une légère évaluation de la température. Le malade éprouve un besoin constant d'avaler ; le pharynx est chaux et rouge. Le gonflement et la rougeur sont surtout très marqués en arrière du pilier postérieur, les autres parties du pharynx ne sont que légèrement congestionnées. La luette est souvent tuméfiée et œdématiée. Dans la plupart des cas les malades éprouvent une sensation de picotement et de démangeaison comme s'il y avait un corps étranger dans la gorge. Quelquefois, l'accès est un précurseur immédiat d'une attaque de rhumatisme articulaire. Les abus de table et de boissons sont souvent la cause déterminante, de même que le froid. Le traitement local a une grande importance en raison de son effet physiologique. Des nettoyages répétés du nez et de la gorge avec une solution alcaline procureront au malade un grand soulagement. Les médicaments

indiqués sont ceux qui augmentent l'alcalinité du sang. Des exercices journaliers et un régime modéré donneront des résultats favorables et persistants.

M. Walter Johnson. — **Un cas d'anévrysme de la carotide interne** *(Report of an interessing case of aneurisme of the internal carotid artery).*

Il s'agit d'un enfant italien, de cinq ans, auprès duquel l'auteur fut appelé en consultation le 15 mars 1900. Dix jours auparavant, l'enfant eut une inflammation de la gorge et une tuméfaction de la région amygdalienne gauche associées aux symptômes ordinaires d'une péri-amygdalite. Dans l'après-midi du 15, une femme italienne a cherché à déchirer le gonflement avec le doigt. Le soir, le Dr Banta fut appelé auprès du malade, qu'il trouva saignant de l'oreille. Pendant l'examen, l'enfant se débattait violemment, et il y eut une hémorragie subite et abondante de l'oreille gauche. C'est à ce moment que le Dr Johnson fut appelé en consultation. Il constata une tuméfaction très dense au-dessous de l'oreille qui paraissait être limitée par la fosse du cou. Aucune pulsation ni bruit anévrysmal ne pouvaient être découverts. La région amygdalienne gauche était le siège d'une tumeur rouge foncé non pulsatile.

On porta le diagnostic d'anévrysme disséquant.

Le 31 mars, en examinant l'enfant, on constata une large perforation du tympan gauche et un écoulement séreux et épais provenant du point de jonction du tympan et du conduit auditif. A la visite suivante, l'auteur apprit qu'au cours d'une entérite et d'un accès de fièvre, la tumeur avait augmenté de volume et que l'enfant était tombé dans un état comateux. Un autre médecin a exprimé l'opinion que la tuméfaction de l'amygdale était une tumeur maligne. D'après l'avis général d'un grand nombre de chirurgiens qui avaient vu le malade, la tumeur n'était pas un anévrysme.

Le 13 juin, le Dr Johnson pratiqua une trachéotomie et deux ponctions exploratrices de la tumeur. Le reste de l'amygdale a été enlevé. La masse néoplasique a été examinée au microscope, qui démontra que la tumeur n'était ni de nature

carcinomateuse ni tuberculeuse. Après cela, l'état du petit malade s'améliora.

Le 7 septembre, l'enfant fut pris subitement d'une hémorragie nasale extrêmement grave, qui l'a rendu presque exsangue.

Il mourut le 10 septembre, à la suite d'une seconde hémorragie. Il n'a pas été fait d'autopsie. On s'était d'abord proposé de pratiquer la ligature de la carotide interne, mais l'idée de cette opération a été ensuite abandonnée en raison de l'opinion générale des chirurgiens qui ne croyaient pas à un anévrysme.

M. Redmond Peyne (San Francisco). — **Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne comme anesthésique général dans les opérations sur la tête** *(Subarachnoid injection of cocaine as a general anesthesic for operations on the head).*

Morton, de San Francisco, a le premier montré qu'une injection sous-arachnoïdienne de cocaïne dans la région lombaire peut produire une anesthésie de tout le corps. Pour ce faire, il est seulement nécessaire de diriger l'aiguille vers en haut et de pousser l'injection avec force, sa rapidité étant la condition principale. L'expérience personnelle du Dr Peyne sur cette forme spéciale d'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne ne comprend que 10 cas, mais il a eu l'occasion d'en voir plus de 270 cas opérés par Morton. L'injection est pratiquée sur la ligne médiane, entre les troisième et quatrième vertèbres lombaires. La peau est préalablement réfrigérée avec du chlorure d'éthyle. D'aucune façon, on ne doit pratiquer l'injection avant l'apparition de liquide céphalo-rachidien. Le malade se met dans une position droite avant l'injection. Pour opérer sur la tête, il suffit d'injecter de XVIII à XXV gouttes d'une solution de cocaïne à 2 o/o; la tête et la partie supérieure du corps seront soulevées afin de favoriser la diffusion de la solution vers en haut. Il est très important d'employer une solution de cocaïne fraîchement préparée et stérilisée. Le Dr Riley a démontré que les propriétés anesthésiques de la cocaïne ne sont nullement altérées par la stérilisation à une température de 150° pendant vingt minutes. Vingt à trente minutes sont nécessaires pour obtenir une anesthésie satisfaisante de la tête.

M. Otto Stein dit que la difficulté de stériliser la cocaïne a toujours constitué le principal obstacle à son emploi en injections sous-arachnoïdiennes. Le Dr Harold Moyer est parvenu à vaincre cette difficulté en substituant à la cocaïne l'eucaïne. Celle-ci est facilement stérilisable par l'ébullition, et, employée dans une solution à 4 o/o, elle donne des effets anesthésiques aussi bons que la cocaïne.

M. Peyne répond que, d'après lui, l'eucaïne ne possède pas du tout les mêmes propriétés anesthésiques que la cocaïne.

M. Dudley (Brooklyn). — **Tumeur papillomateuse du voile du palais** *(Papillomatous growth of the soft palate).*

Le malade était âgé de soixante et onze ans. La tumeur était remarquable par son volume et l'odeur particulière qu'elle dégageait. Toute la masse néoplasique mesurait près de un pouce de diamètre et un quart de pouce de hauteur. Sa surface était couverte d'un enduit épais, pulpeux, de coloration blanc perlé. Cet aspect physique est extrêmement rare. Deux cas seulement de tumeurs papillomateuses similaires avaient été décrites : une par J. W. Gleitsmann et l'autre par Gibb. Les tumeurs siégeaient en arrière du bord d'un dentier qui avait été porté pendant vingt ans sans avoir occasionné aucune inflammation locale. Le malade était grand fumeur et depuis vingt ans il fumait douze cigares par jour. Il est à supposer que les tumeurs sont dues à une irritation produite par la fumée de tabac qui se brisait contre le voile du palais, la voûte palatine ayant été protégée par le dentier.

Le malade souffrait de dysphagie et d'insomnie. La santé générale s'est altérée au point de mettre ses jours en danger. L'examen microscopique a révélé la nature maligne du néoplasme. La tumeur a été enlevée à l'anse froide. La plaie guérit rapidement, et à présent, dix-huit mois après l'opération, il n'y a pas la moindre récidive.

Trivas.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Paralysies compliquant une angine membraneuse reconnue comme non diphtérique à l'examen bactériologique, par le Dr P. Baudoin.

Gubler, G. Sée et Bourges le premier, s'appuyant sur une observation contrôlée par l'analyse bactériologique, ont démontré la réalité des paralysies angineuses non diphtériques. L'auteur rapporte un exemple de ce genre.

Il s'agit d'une fillette de neuf ans, qui fut prise brusquement de fièvre, de frissons, d'adénopathie sous-maxillaire et qui présentait, à l'inspection de la gorge, des fausses membranes grisâtres sur les amygdales. L'examen bactériologique révéla la présence de streptocoques sans bacille de Lœffler. L'abattement augmenta, le cou prit l'aspect proconsulaire, la face devint bouffie, impossibilité d'avaler les liquides, le voile du palais devint manifestement paralysé. La malade mourut subitement, sans agonie. L'auteur attribue la mort à la paralysie du pneumogastrique. (*Touraine méd.*, nov. 1901.) Dr Bertemes.

OREILLES

De l'atrésie congénitale de l'oreille (*Atresia auris congenita, illustrated by three cases, two from the clinic of* Dr *Saint-Clair Thomson*), par le Dr Hunter Tod.

A propos de trois cas personnels, dont deux ont été observés à la clinique du Dr Saint-Clair Thomson, l'auteur fait une étude complète de la question et passe en revue les 114 cas de cette intéressante anomalie recueillis dans la littérature médicale.

Les malformations congénitales de l'oreille sont presque invariablement accompagnées d'une occlusion totale du conduit auditif externe et varient à l'extrême. Le pavillon de l'oreille peut faire entièrement défaut, être représenté par un petit repli cutané ou par une rangée de pointes cartilagineuses; parfois, la difformité est telle, qu'on peut

difficilement reconnaître le pavillon; dans d'autres cas, au contraire, elle est si peu accusée qu'elle échappe à l'observation la plus sagace. La *fistula auris congenita,* si fréquente dans les oreilles normales, est extrêmement rare dans l'atrésie avec malformation du pavillon.

Ces fistules sont probablement dues à un arrêt de développement des tissus entourant le premier arc branchial, dont le pavillon dérive, mais ne sont pas, embryologiquement, en connexion avec l'arc lui-même qui, plus tard, sera représenté par l'oreille externe et moyenne et par la trompe d'Eustache. Les *appendices auriculaires* en rapports avec l'atrésie congénitales sont aussi rares que les fistules.

L'atrésie congénitale de l'oreille peut être accompagnée d'un grand nombre d'autres malformations, qui toutes s'expliquent par une anomalie ou un arrêt de développement des tissus, qui affectent des rapports avec le premier et le deuxième arcs branchiaux. Ce sont : asymétrie de la face, absence de l'apophyse zygomatique et de la mastoïde; fistule sacro-coccygienne, déformation de la bouche, fistule cervicale, asymétrie du palais et obstruction des choanes.

La question de l'ouïe, dans ces cas, a un intérêt plus pratique, et on est en droit de se demander ce qu'on peut espérer de ces malades, et si leur état peut être amélioré par un traitement opératoire ou autre.

En règle générale, en ce qui concerne le pouvoir auditif, la montre est entendue au contact ou à une distance de quelques centimètres. La conductibilité osseuse est considérablement augmentée dans la moitié inférieure de l'échelle, mais la conductibilité aérienne est si diminuée qu'au-dessous de C_1 le diapason n'est plus entendu. La voix chuchotée peut être ou ne pas être entendue, mais une conversation ordinaire s'entend à une distance d'environ deux pieds. Dans plusieurs cas, on a trouvé le pouvoir auditif augmenté, quand les malades tenaient la bouche ouverte; cela est probablement dû à la conduction du son dans la caisse du tympan par la trompe d'Eustache.

Une intervention chirurgicale est-elle justifiée dans ces cas? La réponse à cette question est négative, et les auteurs

se sont tous prononcés dans ce sens. Des tentatives réitérées furent faites pour créer un conduit externe artificiel, dans l'espoir d'améliorer l'ouïe, mais les résultats ont été des plus décourageants.

L'embryologie nous apprend que l'oreille moyenne, l'oreille externe et la trompe dérivent de la fente entre le premier et le deuxième arc branchial. Quand la malformation des arcs branchiaux est si prononcée que la fente entre eux cesse d'exister, on ne saurait s'attendre à trouver normalement conformées ces différentes parties de l'appareil auditif. Ces données d'embryologie sont pleinement confirmées par les recherches anatomo-pathologiques de Bezold, Joel et Ruedi, qui ont rapporté les résultats de 21 autopsies. Dans aucun de ces cas, l'oreille moyenne n'était normale; dans 2 cas, la caisse faisait défaut, dans 15 elle était complètement déformée. Dans pas un de ces cas on ne put trouver trace de membrane du tympan. Les osselets étaient soit rudimentaires, ankylosés ou manquaient complètement.

Laissant de côté les anciens procédés, la méthode opératoire la plus récente, celle préconisée par Kiesselbach et Nali, consiste à faire une incision derrière l'oreille, au niveau du siège de la dépression, et à aller à la recherche de la fissure en taillant profondément dans l'os. Si la fissure existe, on l'agrandit aux dépens de l'os voisin, une sonde étant insérée dans l'orifice. On espère de cette façon atteindre l'oreille moyenne et créer un conduit externe artificiel.

Les résultats des interventions chirurgicales pratiquées jusqu'à présent nous montrent que :

1° L'opération n'a jamais donné un succès permanent;

2° Dans tous les cas, celui de Knapp excepté, l'atrésie était due à une obstruction osseuse;

3° Si l'ouïe s'améliore aussitôt après l'opération, pendant que l'orifice existe, celui-ci se ferme invariablement et le résultat final est nul.

L'étiologie de cette malformation congénitale est encore obscure. Plusieurs théories ont été édifiées pour l'expli-

quer, mais, jusqu'à présent, aucune ne paraît être vraie. On a incriminé tour à tour la syphilis, les *impressions maternelles,* les pressions sur le cordon ombilical, etc.

L'auteur termine son travail très documenté, en formulant les conclusions suivantes : l'atrésie congénitale de l'oreille n'est pas héréditaire et sa cause est inconnue. Elle s'observe bien plus souvent chez les femmes et est toujours unilatérale, c'est presque constamment le côté droit qui est atteint. Cette malformation peut être accompagnée d'autres difformités dues, elles aussi, à des arrêts de développement des parties en rapport avec les premier et second arcs branchiaux. Le labyrinthe est rarement atteint. L'ouïe existe, mais généralement très diminuée. Les observations embryologiques, cliniques et pathologiques montrent que toute intervention sanglante est sans utilité. (*Journ. of laryngol.,* mars 1901.)

TRIVAS.

VARIA

Kystes thyro-hyoïdiens, par V. VEAU.

Il y a deux variétés de ces kystes : les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes. Ces variétés se ressemblent au point de vue clinique, mais diffèrent au point de vue anatomique.

Les kystes thyro-hyoïdiens se développent au devant de la membrane thyro-hyoïdienne, sur la ligne médiane, et adhèrent toujours à l'os hyoïde; quelquefois ils ont des prolongements supérieurs vers le foramen cæcum, d'autres fois on constate un pédicule inférieur qui rattache le kyste à la pyramide de Lalouette.

Les kystes dermoïdes ont une paroi épaisse et contiennent une matière sébacée, leur paroi possède un revêtement épithélial formé de cellules pavimenteuses stratifiées, il existe qulquefois des papilles des glandes sébacées et des follicules pileux.

Les kystes mucoïdes ont une paroi mince, tansparente, leur contenu est un liquide filant; des cellules petites, cubiques, allongées, douées de cils vibratiles, tapissent leur paroi.

dales chez l'adulte; — RAOULT, de Nancy, *Du morcellement des amygdales;* — RUAULT, de Paris, *Du morcellement des amygdales;* — BONNIER, de Paris, *Quelques causes de décadence vocale;* — MASSIER, de Nice, *Cancer endo-laryngé opéré avec succès par voie endo-laryngée;* — RAUGÉ, de Challes, *Catarrhe nasal et dacryocystite;* — LENHARD, du Havre, *Mastoïdite et ostéite du temporal.*

Mercredi matin, 7 mai, à 9 heures.

Communications de MM. : BROEKAERT, de Gand, *Sur les injections de paraffine soluble en oto-rhino-laryngologie;* — DELIE, d'Ypres, *Application des produits paraffinés dans les déformations et affections du nez;* — MOURE, de Bordeaux, *Labyrinthites nécrosantes;* — BAR, de Nice, *Contribution à l'otite moyenne aiguë diabétique. Abcès mastoïdien. Trépanation. Guérison;* — MOLINIÉ, de Marseille, *Complications zygomatiques de l'otite moyenne suppurée;* — HAMON DU FOUGERAY, du Mans, *Des gazes à la quinoline naphtolée dans le traitement des otites moyennes purulentes;* — CHAVASSE, de Paris, *Tumeur fibreuse du pavillon de l'oreille droite consécutive à un traumatisme sous-cutané;* — MASSIER, de Nice, *Accidents méningitiformes, d'origine otique, simulant un abcès du cerveau. Évidement pétro-mastoïdien. Guérison;* — MALHERBE, de Paris, *Note d'après 600 observations sur un nouveau procédé d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle;* — VACHER, d'Orléans, *Note sur l'emploi du chlorure d'éthyle;* — JACQUES, de Nancy, et BERTEMÈS, de Charleville, *Traitement opératoire des kystes paradentaires supérieurs;* — TEXIER, de Nantes, *Contribution à l'étude du diagnostic des lésions de la partie moyenne des fosses nasales;* — COLLINET, de Paris, *Sur un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral. Ligature de la jugulaire. Curettage du sinus. Guérison;* — LAVRAND, de Lille, *De la respiration bucco-nasale;* — JONCHERAY, d'Angers, *Otite moyenne hémorragique;* — RAOULT, de Nancy, *Abcès de la fosse temporale externe d'origine otique;* — MOUNIER, de Paris, *Fausse otite suppurée par ganglions du cou ouverts dans le conduit;* — CHEVALIER, du Mans, *Une observation de fibro-myxome du naso-pharynx;* — RAUGÉ, de Challes, *Anatomie et chirurgie de la région mastoïdienne;* — MAHU, de Paris, *Pansements consécutifs aux évidements pétro-mastoïdiens;* — ESCAT, de Toulouse, *Hémorragie chirurgicale grave de l'amygdale arrêtée par la suture des piliers suivant la méthode de Baune;* — CHARLES, de Grenoble, *Pemphigus des muqueuses. Forme aiguë bénigne. Forme chronique récidivante;* — CASTEX, de Paris, *Les débuts de la surdité;* — LANNOIS, de Lyon, *L'audition dans les atrésies congénitales de l'oreille;* — PIAGET, de Grenoble, *Corps étranger ayant séjourné deux mois dans l'œsophage;* — PIAGET, de Grenoble, *Un cas de sténose de la trachée.*

Présentation d'instruments par MM. CASTEX, COLLIN, VACHER.

Mardi soir, 6 mai, à 7 h. 1/2.

Banquet, Restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle.

— Le **LXXIV^e^ Congrès annuel des Médecins et des Naturalistes allemands** se tiendra à Karlsbad du 21 au 27 septembre 1902.

Les personnes qui désirent faire une communication sont priées de l'adresser à M. le D^r^ A. Hnilikschka, à Neudek, près Karlsbad.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 18. 3 MAI 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DE LA PYOHÉMIE OTOGÈNE

(*Suite*[1])

Par M. le professeur **E. SCHMIEGELOW**, de Copenhague.
(Traduit par le Dr S. JANKELEVITCH, de Bourges.)

L'évolution de la maladie est, d'ailleurs, intéressante à plus d'un point de vue.

Et, tout d'abord, c'est déjà un fait très rare que la guérison d'un malade ayant eu une infection pyohémique aussi grave, et des abcès aussi multiples comme dans le cas dont il s'agit. Ce résultat n'est pas dû seulement à cette circonstance qu'on a pu ouvrir et rendre inoffensifs les abcès, mais aussi au jeune âge de la malade[2]. Dans tous les cas de pyohémie otogène avec métastases étendues que j'ai eu l'occasion d'observer et qui ont fini par guérir, il s'agissait d'enfants qui semblent supporter plus facilement et pouvoir lutter plus victorieusement que les adultes contre l'infection pyohé-

1. Voir n° 17, du 26 avril 1902.

2. Ce cas n'est pas sans présenter de grandes analogies avec celui publié par Kr. Poulsen et relatif à une thrombose du sinus droit, chez un garçon qui avait été soigné à la Ve section de l'Hôpital général (obs. XXIII de son travail : Cerebralfälle bei der chronischen otitis media, *in Nord. med. Arkiv*, 1891 correspondant à l'observation XXXIV du même travail publié en allemand *in Archiv f. klin. Chir.*, LII, 2). Dans ce cas, il s'agissait de pyohémie aiguë avec nombreux infarctus pulmonaires et abcès renfermant du pus fétide. L'enfant a guéri. Il reste toutefois douteux qu'il se fût agi d'une affection du sinus, ce dernier n'ayant pas été ouvert au cours de l'opération. L'hypothèse de pyohémie otogène intra-osseuse paraît plus probable.

mique. Ces derniers succombent le plus souvent à la suite d'une paralysie du cœur survenant de très bonne heure.

En second lieu, les abcès par congestion qui se sont produits successivement dans notre cas et dont le point de départ a été dans l'oreille moyenne, ne sont pas sans présenter certaines particularités. Je signalerai tout d'abord la migration du pus à travers la paroi interne de l'apophyse mastoïde et la formation d'un abcès rétro-pharyngé qui a failli étouffer la malade. L'abcès s'est vidé en partie à la suite d'une incision de la paroi postérieure du pharynx, en partie à travers une fistule ayant perforé le plancher du conduit auditif, entre sa portion osseuse et sa portion cartilagineuse. On observe bien, de temps à autre, de ces abcès par congestion, se propageant à travers la partie interne de l'apophyse mastoïde; mais, le plus souvent, l'abcès se fraye une voie en arrière et au-dessous de la musculature de la nuque et se porte derrière le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Je me rappelle toutefois avoir observé quelque chose d'analogue chez un propriétaire un peu âgé de Jutland, chez lequel se forma un abcès périphàryngé latéral qui se vida à la suite d'une incision par la bouche. Chez notre malade, l'abcès s'étendait le long de toute la paroi postérieure du pharynx, remplissait tout le naso-pharynx et le bucco-pharynx, et arrivait jusqu'en arrière de la base de la langue.

Une des particularités de notre cas consistait encore en ceci, que le pus s'était porté de l'oreille moyenne dans les régions avoisinantes. Lorsqu'en effet il se forme, au cours d'une otorrhée chronique un abcès sous-périostique dans la région mastoïdienne, on peut presque toujours constater que cet abcès se trouve en communication directe avec l'affection mère par l'intermédiaire d'une fistule dans la corticale de l'apophyse mastoïde. Je n'ai donc pas été peu étonné de voir, une fois l'abcès ouvert, que ce dernier était en communication directe non pas avec l'affection mastoïdienne centrale, mais, par l'intermédiaire d'une fistule dans

l'occipital, avec un gros abcès épidural de la fosse cérébrale postérieure qui, de son côté, n'était pas en communication directe avec l'affection centrale. C'est seulement après trépanation de la fosse cérébrale postérieure qu'une communication a été établie entre l'abcès épidural et la plaie résultant de la résection. Avant ce cas j'ai eu l'occasion d'observer trois fois des phénomènes du même genre : il s'agissait deux fois, comme chez notre malade, d'abcès épiduraux de la fosse cérébrale postérieure, ayant également perforé l'os occipital, tandis que dans le troisième cas le pus avait migré par le tegmen tympani et formé un gros abcès épidural dans la fosse cérébrale médiane, lequel abcès avait perforé l'écaille du temporal au-dessus du conduit auditif, et donné à son tour naissance à un gros abcès situé sous le muscle temporal.

L'abcès épidural de notre patiente présentait encore cette particularité que la dure-mère qui le recouvrait était ulcérée et présentait une fistule à travers laquelle l'abcès *communiquait avec un autre abcès du volume d'une noix situé dans le lobe cérébelleux droit*, qu'on parvint à vider après incision de la dure-mère.

Si nous considérons maintenant la courbe thermique de notre malade, nous y trouvons une particularité qu'on observe assez souvent chez des sujets chez lesquels une suppuration du temporal aboutit à une infection pyohémique. Après chaque intervention chirurgicale notamment, la température baisse et se rapproche de la normale, l'intervention ayant eu pour effet de supprimer un foyer de suppuration dans le temporal ou dans son voisinage. Cette baisse de la température faisait croire chaque fois que le danger était conjuré, lorsqu'au bout de quelques jours la température montait de nouveau et des frissons reparaissaient.

Nous voyons, par exemple, chez notre malade, la température baisser immédiatement après l'ouverture de l'abcès sinusien ; elle reste normale pendant quelques jours, puis

atteint de nouveau 40°, sans qu'il y ait toutefois des frissons. — Je cherche de nouveaux abcès et trouve l'abcès cérébelleux que je vide, et de nouveau la température baisse pour quelques jours et la malade a des frissons répétés. Je commençais à me reprocher de n'avoir pas ouvert le sinus et lié la jugulaire interne; mais, m'étant aperçu le lendemain de l'existence d'une collection rétro-pharyngée, je l'ai considérée comme le point de départ de la nouvelle infection pyohémique. Ce dernier abcès une fois ouvert, les symptômes pyohémiques ont disparu progressivement dans l'espace de quatorze jours, et la malade commençait à se lever.

Je croyais que tout était fini, lorsque la température monta de nouveau, et cela à un moment où l'affection du temporal et des régions voisines était presque guérie. Cette élévation de la température était due à un infarctus pulmonaire ayant déterminé la formation d'un abcès dans la partie inférieure du poumon gauche, et pendant un certain temps la malade expectora des matières putrides et fétides. Elle commença ensuite à aller de mieux en mieux et était complètement guérie deux mois et demi après le début de la maladie.

Vu que l'affection temporale était guérie au moment où se produisirent les métastases pulmonaires, il me paraît peu probable que l'infarctus pulmonaire fût consécutif à une phlébite latente du sinus, et je l'attribue plutôt à l'abcès rétro-pharyngé énorme, qui s'étendait de la surface inférieure du temporal au-devant de la colonne vertébrale en baignant toute la paroi postérieure du pharynx.

Tandis que, dans les quatre cas de pyohémie otogène que nous venons d'analyser il n'a pas été possible de découvrir de modifications pathologiques déterminées dans le sinus transverse, ces dernières existaient d'une façon incontestable dans le cas suivant, où j'ai trouvé une phlébite du sinus avec thrombus purulent désagrégé, et qui fut enlevé par l'opération.

Cas V. — Georg Hoyfeldt, quatorze ans et demi. Entré le 10 juillet 1901, sorti le 12 septembre 1901. Otorrhée chronique droite. Cholestéatome de l'apophyse mastoïde. Thrombose du sinus transverse droit. Infarctus du poumon droit (abcès pulmonaire). Arthrite du coude gauche.

Le malade a eu, à l'âge de trois ans, la scarlatine, qui fut suivie d'une otorrhée droite fétide, traitée à l'aide d'injections. Dix jours auparavant, sont survenues brusquement des douleurs dans l'oreille droite, s'irradiant dans la région mastoïdienne droite, dans le cou et dans la moitié droite de la tête. Il a en même temps des vertiges intenses, des nausées, des vomissements fréquents, au point qu'il est obligé de garder le lit. Une parésie de l'extrémité supérieure gauche est survenue la nuit dernière. L'examen du fond de l'œil révèle une stase papillaire de l'œil droit.

Le malade est sans appétit, altéré, reste couché les yeux à moitié fermés et éprouve des vertiges même dans cette position. Il aurait eu du délire, reste de temps à autre sans connaissance et assoupi. A l'heure qu'il est, il est en pleine connaissance et répond d'une façon raisonnable aux questions qu'on lui pose. Il a eu aujourd'hui un frisson, il en a eu un autre il y a huit jours.

Température, 40°. Pouls, 130, régulier. Respiration un peu superficielle et bruyante. Les mouvements de la tête provoquent des douleurs dans la région sterno-cléido-mastoïdienne droite. Sensibilité à la douleur et à la percussion, surtout au niveau du sommet de l'apophyse, d'où la sensibilité s'étend le long du sterno-cléido-mastoïdien et de la jugulaire interne. Le conduit auditif droit est sec. L'otoscopie révèle une légère infiltration périostique des parois du conduit, un peu d'humidité au fond. Perforation de la membrane du tympan. La voix chuchotée est entendue à 5 centimètres.

Le malade est bien capable de soulever son bras gauche, mais les mouvements sont lents et incertains et paraissent assez douloureux; mais il ne se plaint pas lorsqu'on touche certaines articulations. Il serre la main d'une façon très faible. A cinq heures du soir, peu de temps après son admission, il est opéré, en présence et avec l'assistance du professeur Wilh. Benzon.

Trépanation de l'apophyse mastoïde droite qu'on trouve complètement éburnée. L'antre est un peu élargi grâce à la carie de ses parois, et renferme un cholestéatome et des masses granuleuses. Ablation complète de la paroi postérieure du conduit auditif et mise à nu du sinus. On se trouve en présence de pus provenant d'une thrombose suppurée du sinus, en voie de désagrégation.

La paroi du sinus est perforée. En essayant d'enlever le thrombus à l'aide de la cuiller tranchante, on voit se produire une hémorragie veineuse aussi bien en arrière qu'en bas et en avant, dans la direction du bulbe de la jugulaire.

Tamponnement et ligature de la jugulaire, à la hauteur du bord inférieur du larynx. Ouverture de la fosse cérébrale médiane qu'on trouve normale. Incision de la dure-mère et ponction du lobe temporal en plusieurs endroits, avec résultat négatif. Tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement avec du coton stérilisé.

11 juillet. — Température, 39°/37°8. Pouls, 100. La nuit s'était bien passée. Pas de nausées, ni de vomissements, ni de maux de tête. Expression de la physionomie gaie et calme. Les mouvements du bras gauche sont relativement plus faciles. Le coude est presque normal, aussi bien dans sa forme que dans son aspect, a seulement un peu augmenté de volume ; sa circonférence mesurée dans l'extension au niveau de l'olécrâne, dépasse de 1 centimètre celle du coude droit (19 contre 18). L'articulation ne présente pas de tension nette ; mesurée à 7 centimètres au-dessus de l'olécrâne, la circonférence de l'avant-bras gauche est exactement égale à celle de l'avant-bras droit. L'articulation du coude est très sensible à la pression et pendant les mouvements de flexion. Le malade n'ayant pas eu de selle depuis son entrée à l'hôpital, on prescrit un lavement avec une solution d'eau de Carlsbad.

12 juillet. — A huit heures du matin la température est de 40°7. Le pouls bat 100, est plein, régulier. La nuit a été agitée. Le malade est chaud et transpire beaucoup. Devient plus agité à partir de midi. Se plaint de douleurs atroces dans le coude gauche qu'il ne peut plus mouvoir et qu'il est obligé de tenir un peu fléchi. Urines claires, ne déposent pas, réaction acide, pas d'albumine, mais donnant une réaction nette, quoique faible, quant à la présence de sucre.

Température de la journée : midi, 39°5 ; quatre heures, 39° ; huit heures, 38°5.

13 juillet.—Température, 41°1/39°6 et 38°6/39°. Pouls, 120, mou, régulier. Le malade a été hier très agité, presque sans connaissance ; éprouve de temps à autre de légères contractions dans différents groupes musculaires, dans ceux de la face en particulier. Il n'a presque rien mangé, n'a bu qu'un peu d'eau. A une heure et demie, il reçoit une injection de sérum à 35° (un litre), après quoi il devient un peu plus calme. Il a assez bien dormi la nuit, paraît ce matin un peu plus gai et répond bien aux questions. Pas de contractures.

14 juillet. — Température, 41°/41°. Pouls, 100, un peu mou. La journée de la veille s'est passée sans changement. Il a été extrêmement agité le soir et une partie de la nuit, mais est en ce moment en pleine connaissance. Transpire beaucoup et se plaint de douleurs violentes dans la moitié gauche de la poitrine. Tousse un peu. Respiration bruyante, assez superficielle. L'auscultation révèle une matité dans les régions sous-spinale, sous-scapulaire et axillaire droites. La respiration est encore nette. La tuméfaction et les douleurs du coude gauche ont augmenté, et il existe de la fluctuation à ce niveau. Le malade a reçu hier une injection d'eau salée. A eu une selle abondante à la suite d'un lavement.

15 juillet. — Température, 40°/39°8 et 40°1/39°1. Pouls, 120, mou. Mouvements respiratoires, 40. Cet après-midi, le malade a été assez calme, mais a été agité la nuit, se plaignant de douleurs dans la moitié droite de la poitrine. Il est calme en ce moment, mais présente de la cyanose.

Anesthésie à l'éther; ponction de la cavité pleurale dans le huitième espace intercostal, sur la ligne axillaire. L'articulation du coude n'est que légèrement tuméfiée, mais encore assez sensible; on s'abstient de la ponctionner. Changement du pansement et ablation de la mèche qui recouvrait la plaie jugulaire. La plaie de résection n'a pas d'odeur. La portion correspondant au sinus présente des pulsations. Autoplastie du conduit auditif; la plaie est tamponnée de nouveau. L'urine présente une réaction neutre, pas d'albumine ni de sucre. On prescrit une décoction de quinquina et de séné, trois cuillerées à café par jour.

16 juillet. — Température, 40°/40°2/40°1. Pouls, 124, régulier. Nombre des respirations, 40. Le malade est calme et un peu assoupi, n'a pas de douleurs, présente un léger battement des ailes du nez; légère toux quinteuse, sans expectoration. A pris un peu de lait et de tisane et mangé un œuf. Pas de céphalée, ni de nausées, ni de vomissements. Les mouvements du coude gauche sont un peu plus libres. L'auscultation révèle une respiration normale en avant; dans la région axillaire, on constate de la matité à la percussion, une respiration faible et des bruits de râles. La partie postérieure n'est pas examinée. On prescrit une potion camphrée, une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

17 juillet. — Température, 40° 4/40°2/39°9/39° 6. Respiration, 64. Pouls, 136, régulier. Pendant le sommeil, respiration, 48. Depuis quelques jours, le malade a une dyspnée assez prononcée, avec accès de cyanose, accompagnée d'une sensation d'angoisse. Toux peu forte. Pas d'expectoration. Transpire beaucoup, est toujours en

pleine connaissance et ne se plaint pas de maux de tête. A pris depuis vingt-quatre heures du lait et du vin, trois quarts de litre environ en tout.

18 juillet. — Température, 40°3/40°5/39°4/38°8. Respiration, 56. Pouls, 124, régulier. A été un peu mieux la veille. Est toujours très essoufflé. A bu et mangé un peu mieux. Ni céphalée, ni vertiges, ni vomissements. Changement du pansement. La plaie a une légère odeur. Auscultation : à droite et en arrière, respiration bronchique faible, bruits de frottements assez prononcés et (surtout en avant) crépitants.

19 juillet. — Température, 40°1/39°9/39°4/38°. Respiration, 48. Pouls, 120, régulier. Le malade a un peu bu et mangé hier, a été un peu plus calme. La tuméfaction et la sensibilité du coude sont moins prononcées. Ni céphalée ni vomissements. Pas de douleurs dans la poitrine ni de toux. Selle normale tous les jours. Injection d'eau salée.

20 juillet. — Température, 39°6/39°2/39°1/38°8. Respiration, 40. Pouls, 120, régulier. A été encore agité la nuit au point d'empêcher de dormir ses voisins. Ses plaintes peuvent être attribuées en partie à son mauvais naturel. Ce matin, il est gai et vif. Ne tousse presque plus.

21 juillet. — Température, 39°2/39°6/38°6/38°2. Respiration, 40. Pouls, 120, régulier, plein, fort. Le malade est très calme, a assez bien dormi. Ce matin, il est gai. L'auscultation donne les mêmes résultats que le 18 juillet, la respiration est moins sifflante.

22 juillet. — Température, 38°9/38°2/38°6/37°8. Respiration, 44. Pouls, 120, régulier. Le malade a bien dormi (six heures environ). N'éprouve que de légères douleurs dans le coude qu'il a (sur le conseil de sa mère), la veille, remué un peu plus que d'habitude. Tousse un peu, mais n'expectore rien. Boit beaucoup de lait, un peu de chocolat et de thé, mais pas d'aliments solides. Pas de céphalée ni de vertiges. A eu, la veille, deux selles abondantes, un peu diarrhéiques.

On change le pansement. La plaie a l'aspect un peu louche et une légère odeur. Nouveau tamponnement. L'examen des poumons révèle toujours de la matité et une diminution du bruit respiratoire, accompagnée de bruits sous-crépitants dans toute la partie postérieure du lobe inférieur droit. Au stéthoscope, la respiration est presque imperceptible; il existe une grosse tache plate correspondant au point où a été faite la ponction. Le bruit de frottement s'atténue de plus en plus.

23 juillet. — Température, 38°2/38°4/38°/37°6. Respiration, 40.

Pouls, 110, régulier. A été un peu agité la nuit. Pas de douleurs ni d'expectoration. A eu cinq selles diarrhéiques, peu abondantes. On continue la potion camphrée, à la dose de trois cuillerées à bouche par jour.

24 juillet. — Température, 38°2/37°5. Respiration, 36. Pouls, 112. La nuit a encore été agitée, le malade se plaint de douleurs intenses dans le bras gauche. Injection de morphine et compresse, après quoi le malade a bien dormi. Urines un peu troubles, à réaction alcaline, sans sucre ni albumine. Matité au niveau de la région sous-scapulaire droite et un peu aussi dans la partie correspondante de la région axillaire, jusqu'au niveau de la ligne axillaire antérieure.

Ailleurs, la respiration est partout nette, sauf un certain degré d'inspiration bronchique accompagné de nombreux sons crépitants correspondant aux régions à matité et dans la région sous-spinale. Le bruit de frottement n'existe plus. Les bruits du cœur sont purs, réguliers, forts. Le malade paraît pâle, transpire souvent, mais est plus gai, boit et mange bien. L'aspect du coude est normal. Les mouvements ne sont douloureux que lorsqu'ils sont exagérés. La flexion active s'accomplit sans douleurs jusqu'à 90°, l'extension jusqu'à 170°.

Il existe une légère rougeur au niveau du sacrum. Soins appropriés.

25 juillet. — Température, 38°/37°2. Respiration, 34. Pouls, 100, régulier, fort. Appétit bon. Malade plus gai.

Changement de pansement. La plaie est propre, n'a pas d'odeur. Légère suppuration d'un fil de suture au niveau de la plaie jugulaire. On applique un pansement antiseptique et on badigeonne le coude avec de la teinture d'iode.

26 juillet. — Température, 38°4/37°7. De temps à autre, légères douleurs dans le bras. Pas de toux. Selles abondantes. Appétit bon.

27 juillet. — Température, 38°4/37°7. Va de mieux en mieux. Appétit excellent. Changement du pansement. La plaie jugulaire est guérie.

28 juillet. — Température, 38°2/37°5. Rien de particulier depuis hier.

29 juillet. — Température, 37°8/37°4. Changement du pansement. La plaie a bon aspect et pas d'odeur. Au niveau du point où a été pratiquée la ponction, dans la fosse cranienne médiane, existe un prolapsus du volume d'une lentille. Le bras n'est plus sensible à la pression. Les mouvements sont assez libres. On prescrit des

bains de savon. L'examen des poumons révèle la même matité, mais la respiration est plus nette ; le nombre des mouvements respiratoires est de 28. Pouls, 106.

30 juillet. — Température, 38°2/37°6. A été transporté hier dans une autre salle. Un peu d'agitation le soir.

31 juillet. — Température, 38°8/37°3. Urines à réaction acide, sans sucre, ni albumine.

1er août. — Température, 38°2/37°2. Pouls, 108. Respiration, 28. L'examen des poumons ne révèle aucune modification dans l'état des organes. La respiration est plutôt un peu moins nette dans l'espace sous-scapulaire. La matité persiste.

2 août. — Température, 38°2/37°3. Rien de particulier.

3 août. — Température, 38°2/37°4. Rien de particulier.

4 août. — Température, 38°1/37°3/38°3. Rien de particulier.

5 août. — Température, 38°4/37°8. La plaie a bon aspect. Le bras est plus mobile. Respiration, 32. Pouls, 112, régulier.

6 août. — Température, 39°1/39°2/37°6. Pouls, 88, Respiration, 22. Le malade transpire un peu plus le jour, est un peu assoupi, mais mange bien et se comporte d'une façon normale. De temps à autre, surtout lorsqu'il est assis dans son lit, il a une toux nerveuse, quinteuse. L'examen des poumons révèle une zone de matité s'étendant du milieu de la région sous-spinale jusqu'à la base et, en avant, jusqu'à la ligne axillaire antérieure. Pendant la respiration, les excursions de la moitié droite du thorax sont très faibles, mais encore perceptibles. Au niveau des parties mates, la respiration est très faible ; au-dessus de la ligne de matité, on entend des bruits de frottement mous et des râles humides sibilants. La plaie a un aspect excellent. Le prolapsus est couvert de granulations. La tuméfaction du coude a presque disparu. Les urines sont claires, ne déposent pas, réaction acide très prononcée, sans sucre ni albumine. Selles normales ; la dernière selle, qui a eu lieu hier soir, a été très abondante. On prescrit de nouveau la potion camphrée, une décoction de quinine et de séné et du salicylate de soude, à la dose de trois cuillerées à dessert par jour.

7 août. — Température, 38°6/37°4. Respiration, 24. Pouls, 108, régulier, un peu mou.

8 août. — Température, 38°/39°5/37°7. Respiration, 26. Pouls, 108. Le malade a toujours bon appétit, reste gai la plus grande partie de la journée, mais s'assoupit un peu dans l'après-midi. Dort d'une façon plus calme la nuit. L'examen des poumons ne révèle aucun changement.

9 août. — Température, 39°/39°6/38°/1. Le malade a été hier

beaucoup plus agité, a été empêché de dormir par la toux. On prescrit une potion calmante, à la suite de laquelle il dort bien toute la nuit. La matité de la région sous-scapulaire est moins prononcée, mais on entend des râles humides depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base; rien d'anormal dans le poumon gauche où la respiration est très nette. On prescrit une infusion de séné et d'anis, à la dose de trois cuillerées à soupe par jour.

10 août. — Température, 38°2/38°4/37°5. Le malade a bien dormi et paraît, en général, plus gai. Transpire peu. A un peu toussé hier soir. Expectore des matières très putrides, fétides, ayant l'air de provenir d'une caverne bronchectasique.

11 août. — Température, 37°9/39°8/37°8.

12 août. — Température, 40°/39°/37°6. Pouls, 100, mou, régulier. Respiration, 24. Le malade dort bien la nuit, est un peu assoupi le jour, mais gai au moment de la visite. Tousse peu et n'expectore pas depuis hier. N'est pas oppressé. L'examen des poumons ne révèle aucun changement.

13 août. — Température, 38°/39°/37°3. Respiration, 24. Pouls, 126, mou, régulier. Les mouvements du bras droit sont libres; pas de sensibilité à la pression, mais il paraît encore y avoir un peu d'infiltration autour de l'articulation.

14 août. — Température, 39°5/38°2/37°1. La communication entre le conduit auditif et la plaie de résection est bonne; mais, en bas et en arrière, il existe du tissu osseux dénudé sur une étendue de 1 centimètre environ. L'examen des poumons ne révèle pas de grands changements, sauf un léger affaiblissement du murmure vésiculaire dans la région axillaire droite.

15 août. — Température, 37°7/37°9/37°. Respiration, 24. Pouls, 128 (avant le changement du pansement, le pouls présente presque toujours 20 pulsations de plus qu'après). Le malade a été un peu plus gai hier, et n'était pas assoupi dans l'après-midi. Dort bien la nuit, sans le sirop de codéine. Pas de toux ni d'expectoration. A eu hier une selle dure, peu abondante.

16 août. — Température, 38°/37°3. Le malade va tout à fait bien. Respiration, 22. Tousse un peu. Expectore quelques masses visqueuses, purulentes, non fétides. La matité diminue, et il n'existe pas de râles aujourd'hui. Mange et boit bien. Ne souffre pas de la tête. Le coude gauche est tout à fait libre, mais un peu infiltré au niveau du condyle interne. La capsule articulaire est légèrement tuméfiée.

17 août. — Température, 37°8/37°6/37°. Respiration, 22. Pouls, 120, régulier.

18 août. — Température, 37°6/37°9/37°2. Respiration, 20. Pouls régulier. Appétit bon. Pas de toux ni d'expectoration.

19 août. — Température, 37°2/37°6/37°4.

20 août. — Température, 37°6/37°5/37°6. Pouls, 120, régulier, fort. Respiration, 20. Urines claires, ne déposant pas, sans sucre ni albumine. On prescrit une potion au séné et du sirop de codéine. Matité dans la région sous-scapulaire droite, où la respiration est légèrement bronchique, sans râles. Bain.

21 août. — Température, 37°6/37°4/36°8. Le malade s'est trouvé bien après le bain d'hier. Il pèse 57 livres et demie.

22 août. — Température, 37°6/37°1.

23 août. — Température, 37°5/37°1. A été debout hier et s'en est bien trouvé. Pas de toux. Appétit bon.

24 août. — Température, 37°5/37°3.

25 août. — Température, 37°4/37°2.

26 août. — Température, 37°6/37°2.

27 août. — Température, 37°4/37°1. Va bien. Poids, 60 livres.

28 août. — Température normale.

31 août. — Un peu d'eczéma de l'oreille droite. Pommade boriquée. Poids, 67 livres.

9 septembre. — Poids, 72 livres.

12 septembre. — Le malade quitte l'hôpital.

25 septembre. — Poids, 72 livres.

1er octobre. — Le malade va tout à fait bien. A de nouveau repris son travail (voilier).

9 février 1902. — Le malade va bien. L'oreille moyenne est sèche. Entend la voix chuchotée à 30 centimètres.

Ceci est, à ma connaissance, le deuxième cas de thrombose purulente du sinus guéri chez nous par le drainage du sinus. Le premier cas a été, comme je l'ai déjà dit, publié par Kr. Poulsen (*Hospitalstidende*, n° 38, 1895); mais, dans le cas de ce dernier auteur, la pyohémie a été beaucoup moins grave et a donné lieu à des métastases moins dangereuses (inflammation de gaines et bourses synoviales), tandis que nous avons eu affaire à une forme maligne avec métastases dans l'articulation du coude, dans la plèvre et les poumons.

Mon cas est encore intéressant en ceci, que c'est la première fois que la ligature de la veine jugulaire interne a

été pratiquée chez nous pour une thrombose purulente du sinus. Dans celui de Kr. Poulsen, la guérison a été obtenue sans la ligature de la jugulaire, par le simple drainage du sinus transverse.

Quant à savoir si la ligature de la jugulaire était vraiment nécessaire dans mon cas, c'est là une question à laquelle il est difficile de répondre. Si la ligature avait eu pour résultat d'empêcher la production de nouvelles métastases, son utilité serait incontestable.

La production, chez mon malade, de la métastase dans l'articulation du coude ne prouve rien ni contre ni en faveur de la ligature, car l'infection du coude s'était produite avant la ligature.

En revanche, l'infection pulmonaire semble s'être produite quelques jours après la ligature, de sorte que celle-ci paraît avoir été impuissante à isoler l'affection du sinus du reste du système vasculaire. D'un autre côté, l'inefficacité de la ligature, au point de vue de la prévention de métastases périphériques, n'est nullement prouvée en ce qui concerne les métastases pulmonaires, attendu que la possibilité de ramener celle-ci à la métastase du coude, survenue quelques jours plus tôt, n'est pas complètement exclue. La section liée de la veine jugulaire renfermait du sang liquide, mais pas de thrombus et paraissait normale aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur. Mais cette circonstance ne nous permet pas de conclure quoi que ce soit quant à l'état du contenu de la partie supérieure de la jugulaire, voisine du crâne; et comme la ligature a été pratiquée assez bas au niveau du cou, à la hauteur du larynx, c'est-à-dire au-dessous du point où la faciale commune se réunit à la jugulaire interne, on peut conclure de l'état normal de la section liée de la jugulaire seulement ceci : que la thrombose de cette veine ne s'était pas encore étendue au-dessous du point où la jugulaire reçoit la faciale commune.

Je veux encore mentionner une particularité qui m'a

conduit, dans ce cas, à une erreur de diagnostic et m'a fait pratiquer une intervention chirurgicale dont j'aurais dû m'abstenir.

Le malade vint à l'hôpital dans un état très souffrant, et il m'a été communiqué qu'il avait eu, la veille, une parésie de l'extrémité supérieure gauche. Ayant constaté, pendant l'examen que j'ai pratiqué au moment de l'admission du malade à l'hôpital, que les mouvements de son bras gauche n'étaient pas tout à fait libres, et comme il n'a pas été possible de découvrir une affection articulaire déterminée, et tenant, d'un autre côté, compte de ce que l'affection auriculaire était localisée à droite, je me suis rangé à l'avis du médecin traitant et ai conclu avec lui qu'il pouvait s'agir d'un abcès du lobe cérébral droit consécutif à l'otorrhée.

Je résolus alors, après avoir ouvert le temporal et le sinus et lié la jugulaire interne, de découvrir l'abcès cérébral soupçonné, et trépanai dans ce but la fosse cérébrale médiane. J'ai essayé, en ponctionnant le cerveau en plusieurs endroits, de découvrir l'abcès, mais sans succès. Ce fut seulement le lendemain que la tuméfaction et la sensibilité du coude gauche m'ont montré la vraie cause de l'affaiblissement de la mobilité du bras gauche, et cette cause résidait dans une inflammation métastasique du coude. J'aurais donc pu épargner au malade cette trépanation qui, d'ailleurs, n'a pas eu de suites fâcheuses.

Je viens de vous citer plusieurs exemples concernant la façon dont la pyohémie otogène peut se produire. Ce qui est commun à tous ces cas, c'est le début aigu, presque explosif, s'annonçant par une élévation de la température, des frissons répétés, des douleurs, des nausées, des vomissements et des vertiges. Dans mon deuxième cas, chez la jeune fille de vingt-deux ans, je manque, il est vrai, de données quant à l'existence de frissons ; mais, en présence de son état de souffrance très prononcée et vu qu'elle se trouvait à la campagne, en dehors d'une observation plus ou moins régulière, il est

possible que ce symptôme ait passé inaperçu de son entourage.

Un fait remarquable, c'est le caractère variable de la pyohémie.

Dans le premier cas, nous avons les symptômes subjectifs ordinaires qui accompagnent la pyohémie, à savoir les maux de tête, les douleurs, les vertiges, les nausées, ainsi que l'élévation de la température et les frissons, mais pas de métastases manifestes.

Dans le deuxième cas, nous avons également les symptômes habituels du début, mais la pyohémie se montre ici un peu plus grave en ce qu'elle produit des métastases passagères dont témoignent le teint ictérique et l'albuminurie.

Les trois cas suivants se ressemblent, au contraire, en ceci qu'ils présentent des métastases septico-pyohémiques graves multiples, des abcès périsinusiens, des infarctus pulmonaires, avec gangrène et abcès des poumons, de l'empyème pleural et, enfin, des métastases dans le tissu conjonctif rétro-pharyngé et dans les articulations périphériques.

Si nous considérons l'affection primitive du temporal, nos 5 cas ont ceci de commun que le temporal était le siège d'une cavité plus ou moins vaste, renfermant du pus et un cholestéatome fétide, et que cette affection était consécutive à une vieille otorrhée chronique. C'est là, d'ailleurs, la seule ressemblance qu'ils présentaient au point de vue anatomo-pathologique, car, tandis que, dans les 4 premiers cas, il n'a pas été possible d'établir cliniquement l'existence d'une affection du sinus transverse ou de son contenu, ce sinus était, dans le dernier cas, complètement oblitéré par un thrombus suppuré.

Cet état variable du sinus, qui se montre tantôt normal, tantôt le siège d'une thrombo-phlébite, m'autorise à croire que la pathogénie de la pyohémie otogène varie selon les cas. L'infection pyohémique de l'organisme peut se produire, soit à la suite d'une invasion des germes localisés tout d'abord

dans l'oreille, et cela sans l'intermédiaire des sinus du cerveau, soit à la suite d'une infection septico-pyohémique de ces sinus, du sinus transverse en particulier.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE
DE L'OUEST DE L'ALLEMAGNE

VIIIe Réunion tenue a Cologne le 24 mai 1901.

M. F. Schmidt (Duisbourg). — **De la nécessité qui s'impose aux syndicats ouvriers de faire examiner les traumatismes de l'oreille immédiatement après l'accident par un otologiste** *(Ueber die Notwendigkeit der sofortigen Uberweisung von Ohrensurfallkranken durch die Berufsgenossenschaft an den Ohrenarzt).*

Il est souvent très difficile à l'otologiste de se faire un jugement exact sur l'origine et la cause d'une affection auriculaire soi-disant traumatique, quand il n'arrive à voir le tympan que deux ou trois semaines après l'accident. Ceci est d'autant plus vrai qu'on ne peut pas se fier aux dires du malade qui, naturellement, prétend toujours qu'il n'a jamais été malade de son oreille avant l'accident.

Hopmann. — 1° **Présentation d'une malade avec hypertrophie notable de l'amygdale tubaire** *(Vorstellung einer Kranken mit ansgefrägter Hyperplasie der Tubenmandel).*

Les pavillons de la trompe étaient gros comme un petit doigt et assez hypertrophiés pour gêner l'introduction du cathéter.

Les symptômes auriculaires ont disparu après l'ablation de la partie tuméfiée.

2° **Un cas de sinusite compliquée** *(Ein Fall von complicierter Gesichtshöhleneiterung).*

Il s'agissait d'une sinusite maxillaire chronique opérée par l'auteur sur un sujet diabétique. L'urine avait contenu jusqu'à 154 grammes de sucre par jour; après l'opération et grâce à un traitement général la quantité de sucre était descendue à 17 grammes; l'état général était devenu meilleur et le malade très déprimé avant était redevenu plus gai. Le diabète ne serait donc nullement une contre-indication à l'opération des sinusites.

La technique opératoire a été celle-ci : trépanation de la fosse canine, curettage du sinus, résection de la paroi nasale latérale; la plaie buccale n'a pas été fermée de suite et les pansements ont été faits par la bouche. La guérison a été obtenue au bout de six semaines.

M. le Professeur Guye (Amsterdam). — **Du curettage du sinus sphénoïdal pour des polypes récidivants** *(Über Ausraümung der Keilbeinhöhle bei recidivirenden Nasenpolypen).*

L'auteur a ainsi pu extraire un polype du sinus sphénoïdal. La perforation de la paroi antérieure a été maintenue ouverte par un « tampon captif », c'est-à-dire un tampon autour duquel on avait lié un fil permettant au malade de retirer le tampon quand il voulait.

M. Kronenberg (Solingen). — 1° **Démonstration d'un cas de paralysie récurrentielle droite** *(Preparat eines Falles rechsseiteger Recurrenslähmung).*

Le malade mourut d'une perforation d'un anévrysme de la crosse aortique dans l'œsophage. La paralysie récurrentielle n'était pas causée ici, comme l'on pouvait s'y attendre, par l'anévrysme même, mais par de petits ganglions très durs qui avaient enserré le récurrent.

2° **Un cas de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs** *(Ein Fall von Posticuslähmung).*

Enfant de quatre ans; a fait une chute il y a trois ans, à la suite de laquelle il eut une paralysie faciale et un peu de parésie de la jambe du côté gauche. Tout rentra dans l'ordre. Depuis trois semaines, dyspnée, cornage et voix rauque. Paralysie presque complète des deux crico-aryténoïdiens postérieurs. La pupille gauche est rétrécie, ptose de la paupière du même côté. Ganglions du cou et matité à gauche, le long de la colonne vertébrale. On pense à une tumeur ayant comprimé le sympathique gauche et les deux nerfs récurrents. L'enfant meurt de pneumonie après avoir présenté des troubles de la parole. A l'autopsie on trouve le sympathique enserré par des ganglions hypertrophiés; la matité à gauche tenait à une légère cyphose. Presque toute la loge cérébrale postérieure était occupée dans sa partie inférieure par un tissu cicatriciel assez dense englobant la plupart des nerfs craniens et que l'auteur considère comme un reliquat d'une ancienne fracture de la base du crâne.

M. V. Moses (Cologne). — **Présentation d'un cas de bruit auriculaire objectivement perceptible** *(Presentation eines Falles von objectiv Wahrnehmbarem Ohrgeraüsch).*

En appliquant l'oreille sur l'oreille du malade on entend un bruit léger, isochrone aux pulsations cardiaques; on l'entend aussi très bien avec l'otoscope ou le sthétoscope appliqué sur l'apophyse. Rien d'anormal au cœur. Le tympan est légèrement rétracté, l'audition un peu affaiblie.

Il pourrait s'agir d'un anévrysme d'une des branches de la maxillaire interne.

M. Schmithnisen (Aix-la-Chapelle). — 1° **Un cas de corps étranger rare de la fosse nasale** (*Seltener Fremdkörper in der Nase).*

Il s'agissait de masses nécrosées remplissant toute une choane, et dues à l'*aspergillus fumigatus*.

2° **Deux nouveaux cas de fibromes naso-pharyngiens** *(Zwei weitere Fälle von Nasenrachenfibromen).*

Les deux cas ont été traités par l'électrolyse et là où c'était possible par le morcellement à l'anse galvanique. Le premier cas présente ceci de particulier, c'est qu'on l'avait opéré cinq ans auparavant de végétations adénoïdes.

3° **L'électrolyse et ses effets sur les tissus** *(Die Electrolyse im animalischen Gewebe).*

Il vaut mieux employer un courant un peu fort et le laisser agir peu de temps que de prendre un courant de faible intensité et le laisser passer longtemps.

Les tissus en contact avec la cathode se détruisant plus facilement que ceux qui sont en contact avec l'anode, l'auteur a fait construire une plaque avec deux à trois aiguilles fortes au milieu pour l'anode et toute une rangée d'aiguilles fines circulaires pour la cathode; il s'en est notamment servi dans un des cas de fibromes naso-pharyngiens cités plus haut. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, mars 1902).

Dr Bertemes.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE

XIV° Assemblée du 19 octobre 1901.

M. Schmiegelow. — **Tumeur de la trachée chez une femme de cinquante-quatre ans.**

Femme très bien portante, trachéotomisée d'urgence pour dyspnée. La tumeur trachéale est insérée tout en haut sur la paroi postérieure; la surface en est lisse et la couleur rosée; il n'y a pas d'ulcérations. Rien au larynx, pas de ganglions. En ce moment on la traite par le mercure et l'iodure, et on se propose de faire la trachéo-fissure s'il y a lieu.

M. Nörregaard. — **Présentation d'un cas d'infiltration gommeuse du repli aryténo-épiglottique gauche.**

M. Wald. Klein. — **Un cas de tuberculose du larynx très améliorée par l'emploi du phénol sulforicinate de soude.**

L'avantage qu'il aurait sur l'acide lactique résiderait surtout dans le fait que son application ne provoquerait pas de douleurs.

M. Schmiegelow complète l'observation d'un malade qu'il avait présenté à la séance du 24 avril et qu'il avait opéré de **laryngectomie pour cancer du larynx** avec mise à nu d'un ganglion tuberculeux impossible à extirper. Fin mai, la plaie trachéale était guérie, mais le ganglion suppurait toujours, il augmenta même à un moment donné tellement de volume qu'on fut forcé de remettre une canule trachéale pour éviter la sténose de la trachée. En juillet, il y eut une hémorragie très forte par la plaie ganglionnaire; le malade mourut quelques jours après d'une embolie cérébrale. L'hémorragie était due probablement à l'ulcération de la jugulaire interne, qui avait été trouvée enserrée dans le ganglion lors de l'opération.

M. Schmiegelow. — **Un cas d'épithélioma du larynx chez un homme de vingt-cinq ans; opération vingt mois auparavant. Pas de récidive.**

L'affection ressemblait au début à une laryngite chronique, puis il y eut une infiltration verruqueuse de la bande ventriculaire

gauche sans que la corde gauche fût gênée dans ses mouvements. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithélioma typique. Trachéotomie, mise en place de la canule tampon de Hahn, puis laryngo-fissure. Résection des deux tiers antérieurs de la bande gauche et d'une partie de la bande droite aux ciseaux et au bistouri, curettage énergique des ventricules de Morgagni ainsi que de toute la plaie. La petite hémorragie est arrêtée par le tamponnement et le thermocautère. On retire la canule et on recouvre les deux plaies de gaze à l'iodoforme. La respiration se rétablit et le malade put avaler presque aussitôt après l'opération. Il y eut une fistule interne, déversant du pus dans le larynx. Quatre mois après, nouvelle thyrotomie pour enlever quelques granulations qui s'étaient reformées dans l'angle antérieur du larynx. L'examen microscopique en restait négatif au point de vue spécial. La plaie a bien guéri et aujourd'hui le malade parle de nouveau. Au miroir on ne voit plus qu'un peu d'infiltration des bandes ventriculaires.

M. S. Bentzen. — **Ataxie du larynx chez un garçon de quinze ans.**

Le malade n'a fait que parler très tard; il n'a pas comme les bègues d'arrêt brusque quand il lit ou parle un peu vite, mais les mots sortent d'une façon peu nette, quelquefois il en dit d'autres que ceux qu'il y a dans le livre, d'autres fois il change une ou deux lettres dans un mot donné. Avant de commencer à lire, il fait quelques mouvements désordonnés avec la bouche ou la langue.

Au miroir les cordes vocales ne présentent rien d'anormal à la respiration. Mais à la phonation elles n'exécutent que des mouvements irréguliers, laissant tantôt un espace ovale, tantôt un espace triangulaire, l'une des cordes manœuvrant tantôt bien, tantôt mal, bref c'est une véritable chorée laryngienne. Il s'agit là probablement d'une névrose coordinatrice spéciale.

On peut diviser ces névroses coordinatrices en deux groupes, selon qu'elles affectent le type respiratoire ou le type phonateur, qui lui pourrait se décomposer de nouveau en trois classes selon l'intensité de l'élément spasmodique.

1° Névrose coordino-phonatrice ordinaire ou chorée du larynx sans mouvements spasmodiques.

2° Névrose coordino-phonatrice spasmodique (bégaiement d'origine laryngée et dysphonie spasmodique).

3° Spasme phonateur, où il y a un spasme tel que la voix ne sort pas (aphonie spasmodique).

M. Wald. Klein. — **Abcès de l'amygdale chez un enfant de seize mois.**

L'enfant était malade depuis dix jours; l'amygdale, rouge vif, très tendue, bouchait presque complètement l'entrée du pharynx; le toucher bimanuel fit reconnaître une fluctuation très nette. Le pilier antérieur et le voile du palais étaient normaux, l'incision a donné un jet de pus; la quantité en était de cinquante centimètres cubes à peu près. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, mars 1902.)

Dr Bertemes.

BIBLIOGRAPHIE

Résultats de l'examen fonctionnel de sourds-muets en Danemark *(Beiträge zur den Funktionsuntersuchungen am Taubstummen in Dänemark)*, par le Dr Schmiegelow. Det nordiske Forlag Aug. Hirschwald, 113 pages avec 13 dessins dans le texte.

Tandis que l'examen de sourds-muets portait autrefois avant tout sur la pathogénie et les troubles objectifs liés à cette affection, et ne s'occupait qu'en passant de l'état fonctionnel, qui en est la caractéristique et l'expression, on a pris l'habitude, depuis les recherches de Bezold, de s'occuper principalement de ce dernier facteur. En 1896, Bezold communiqua les résultats d'une série de recherches de ce genre pratiquées par lui sur 79 sourds-muets à l'aide de sa « série continue », composée par Edelmann. A partir de cette année, les examens fonctionnels de sourds-muets se multiplient et, dans le travail que nous avons sous les yeux, Schmiegelow nous donne les résultats de l'examen de 185 sourds-muets danois.

Cet examen a été pratiqué en août 1898 et en janvier 1899 dans les Instituts de sourds-muets de Nyborg et de Fredericia, et porte, comme il vient d'être dit, sur 185 enfants, de l'âge de sept à dix-sept ans. A Fredericia, ont été examinés 72 garçons et 51 filles; à Nyborg, 34 garçons et 28 filles. Tous les enfants sourds-muets du Danemark doivent, lorsqu'ils ont dépassé l'âge de huit ans, entrer à l'Institut de Fredericia et, après un séjour d'une année dans cet établissement, ils sont soumis à un examen à la suite duquel

ils sont dirigés sur une des deux sections : celle des sourds-muets proprement dits, ou celle de soi-disant sourds-muets. Dans cette dernière catégorie, on range les enfants ayant encore conservé une certaine faculté de la parole et capables, lors de leur admission, d'entendre plus de la moitié des voyelles. Tous ces enfants, lorsqu'ils sont doués normalement, sont dirigés à Nyborg. Les sourds-muets proprement dits sont à leur tour divisés en trois catégories, dont les deux premières, comprenant les enfants les mieux doués, restent pendant tout le temps scolaire à Fredericia, où on leur apprend la méthode orale, tandis que les enfants de la troisième catégorie, les moins doués, sont transportés à Copenhague, où on leur apprend l'alphabet à l'aide de signes et des doigts.

Sur les 62 élèves de Nyborg, la surdité était congénitale dans 17 cas, acquise chez 41 enfants, et incertaine dans 4; sur les 123 élèves de Fredericia, elle était congénitale 67 fois, acquise 53 fois, et douteuse dans 3 cas.

L'auteur a pratiqué ses examens, soit à l'aide de la « série continue » de Bezold-Edelmann, soit à l'aide de voyelles et de consonnes, après avoir, au préalable, pratiqué chez tous les sujets l'examen otoscopique.

Les résultats de ce dernier ont été les suivants : l'otorrhée chronique a été constatée dans 6,5 0/0 de cas; des traces d'une ancienne suppuration chez 11,5 0/0 de malades, la membrane du tympan était déprimée et épaissie dans 30 0/0 de cas, normale dans 52 0/0. Huit organes n'ont pas été examinés. Il résulte des recherches de Schmiegelow que l'hérédité ne joue pas un rôle négligeable dans l'étiologie de la surdi-mutité : sur 34 sourds-muets nés, il existait des prédispositions familiales 27 fois; chez 94 enfants devenus sourds-muets, ces prédispositions ont pu être constatées 4 fois, et sur 7 enfants dont la surdi-mutité était douteuse, elle existait deux fois.

Tous les 185 enfants, sauf un seul, qui était malade au moment de l'examen, ont pu être examinés au point de vue de l'audition tonale : la surdité était complète dans 28 0/0 de cas; 72 0/0 de malades présentaient des restes qui, dans

17,4 0/0 d'entre eux étaient unilatéraux. Parmi les enfants à surdi-mutité acquise, 27,4 0/0 étaient absolument sourds; dans 72,6 0/0 existaient des restes; parmi les enfants à surdi-mutité congénitale, la surdité totale existait dans 30 0/0 de cas, et on put constater des restes dans 70 0/0. Sur les 368 organes examinés, 36,4 0/0 avaient une surdité totale, 63,6 0/0 présentaient un certain degré d'ouïe.

Les oreilles qui présentaient encore un certain degré d'ouïe ont été distribués, d'après le principe établi par Bezold, en six groupes, auxquels l'auteur en a adjoint un septième, comprenant les élèves dont le champ auditif présentait des limites qualitativement normales.

Le groupe I comprend 46 organes (12,5 0/0 = 37 enfants) dont l'ouïe ne présente que des îlots. 15 de ces organes appartenaient à des sourds-muets nés, 28 à des enfants dont la surdité était acquise, 3 à des enfants dont la notion de la surdité était incertaine. Le groupe II comprend 63 organes (17,1 0/0 = 51 enfants) qui présentaient des lacunes dans l'échelle vocale : 36 de ces organes appartenaient à des enfants nés sourds-muets; 25 à des enfants à surdité acquise. Pour 2 organes de ce groupe, la nature de l'affection est restée indéterminée. Le groupe III ne comprend que 5 organes (1,4 0/0 = 4 enfants) dont le champ auditif présentait une lacune au niveau de la limite supérieure de l'échelle des sons, alors qu'ils se comportaient d'une façon à peu près normale quant à sa limite inférieure : 1 fois, la surdi-mutité était acquise; 1 fois, congénitale, et douteuse dans 2 cas. Le groupe IV est représenté par 32 organes (8,7 0/0=27 enfants), avec lacunes considérables aux deux limites de l'échelle : sur ces 32 organes,21 étaient atteints de surdité congénitale, 11 de surdité acquise. Au groupe V appartiennent 16 organes (16 sujets = 4,35 0/0) présentant une légère lacune au niveau de la limite supérieure, et une lacune très considérable à la limite inférieure de l'échelle des sons; ce groupe comprend 7 cas de surdité congénitale et 9 cas de surdité acquise. Le groupe VI comprend 56 organes (15,2 0/0 = 44 pupilles) dont la limite supérieure est normale, ou à peu près, et

qui présentent des lacunes peu considérables au niveau de la limite inférieure : 25 de ces organes sont atteints de surdité congénitale; 31 de surdité acquise. Le groupe VII, enfin, comprend 16 organes (4.35 0/0 = 10 sujets) à champ auditif normal. 4 de ces organes appartiennent à des sujets dont la surdité est congénitale; 8 sont atteints de surdité acquise; dans 4, la nature de la surdité est douteuse.

Dans la dernière partie de son ouvrage, l'auteur relate les résultats de ses examens à l'aide des voyelles et des consonnes. A Nyborg, sur 124 organes examinés, l'audition pour les voyelles existait dans 59 0/0 de cas. Chez 18 garçons de l'Institut de Nyborg — quelques élèves de cet établissement n'ayant pu être examinés, car ils ont quitté l'Institut peu de temps avant l'examen — il existait encore un certain degré d'audition pour les consonnes. Sur 16 fillettes qui possédaient une ouïe vocale, 13 ont été examinées, et on trouva chez 11 d'entre elles une audition pour les consonnes. A Fredericia, 244 organes appartenant à 122 élèves ont été examinés au point de vue de l'ouïe pour les voyelles et les consonnes. Aucun d'eux n'était capable de percevoir une voyelle prononcée à voix chuchotée, et l'ouïe pour les voyelles n'existait que dans 7 0/0 de cas. L'ouïe pour les consonnes existait d'une façon certaine chez 2 élèves. Dans les deux établissements, la proportion des garçons possédant une ouïe pour les voyelles était supérieure à celle des fillettes (100 : 76), et on trouva que l'ouïe pour les voyelles se rencontre plus fréquemment dans les cas de surdité acquise que dans ceux de surdité congénitale. Quant au rapport entre l'ouïe pour les sons et celle pour les voyelles, les consonnes et les mots, l'auteur pense que tous les enfants ayant une ouïe pour les sons ne possèdent pas la faculté de percevoir les bruits, c'est-à-dire que tous ne réagissent pas à la parole humaine; tout en possédant un certain degré d'ouïe pour les sons, la moitié seulement d'entre eux étaient capables de percevoir les bruits. La fréquence de l'ouïe tonale est en rapport direct avec l'étendue du champ vocal. Au point de vue de l'ouïe

verbale, c'est la partie centrale de l'échelle qui présente le plus d'importance, car, tandis que les oreilles possédant l'ouïe verbale présentaient souvent des lacunes plus ou moins grandes dans les autres parties de l'échelle, « il n'y avait pas une seule oreille possédant l'ouïe verbale et qui présentât des lacunes tonales entre a^1-e^3. » Entre ces limites, la durée de perception est de 20 secondes pour g^1, de 16 secondes pour c^2, de 22 secondes pour g^2, et de 8 secondes pour c^3 (chiffres moyens).

A la fin de son travail, l'auteur exprime le désir de voir l'enseignement acoustique des sourds-muets s'étendre de plus en plus, et croit que les élèves des instituts de sourds-muets se trouveraient bien, si on les soumettait tous les ans à un examen auriculaire. **Sophus Bentzen.**

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Paralysie labio-glosso-laryngée chez une enfant, par MM. Variot et Pierre Roy.

Fillette de neuf ans et demi, légèrement microcéphale, mais n'étant ni idiote ni même arriérée, présente, avec des troubles moteurs des membres (raideurs et contractures des membres supérieurs), le syndrome labio-glosso-laryngé.

Réflexes exagérés; strabisme convergent; crises épileptiformes toutes les nuits.

D'après les auteurs, ce syndrome clinique serait lié à une lésion congénitale de l'écorce cérébrale. (*Bull. méd.*, n° 8, 25 janv. 1902.) Dr Mercier. Bellevue.

Troubles du goût dans le domaine de la corde du tympan par lésion basilaire. (Soc. de méd. de Lyon, séance du 25 nov. 1901)

M. Pauly présente un jeune homme atteint de mal de Pott sous-occipital.

Le malade s'étant plaint de troubles de la mastication

et de la déglutition, on constata chez lui de la paralysie de l'hypoglosse droit, puis du facial du côté droit avec troubles du goût du même côté.

Pour expliquer ce fait, il est permis de penser à une lésion osseuse ayant déterminé une compression de l'hypoglosse et du facial près de leur origine apparente, à la face antérieure du bulbe.

D'après les données anatomiques actuelles, on peut considérer les filets de la corde du tympan comme constituant, avec le nerf intermédiaire de Wrisberg avec lequel ils se continuent, la portion sensitive du facial.

Cette observation vient à l'appui de cette opinion, et elle est d'autant plus intéressante; c'est le premier fait clinique observé d'une lésion basilaire s'accompagnant de troubles du goût. (*Lyon méd.*, 9 déc. 1901.) Dr G. DUPOND.

NEZ ET PHARYNX NASAL

De la genèse de l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée (*Zur Genese der Rachenmandelhyperplasie*), par le Dr O. BRIEGER.

L'hyperplasie de l'amygdale pharyngée est loin de se présenter comme une entité morbide univoque.

De même que les autres organes lymphatiques, tels les ganglions lymphatiques, etc., ne présentent pas toujours un volume ni un nombre identiques, mais sont susceptibles d'augmenter et de volume et en nombre selon les besoins de l'organisme, de même, dans des circonstances déterminées, en rapport peut-être avec l'exagération du travail imposé à l'organe de défense, les éléments producteurs de cellules lymphoïdes, c'est-à-dire les follicules disséminés en foyers mal délimités sous forme d'une infiltration lymphoïde diffuse peuvent augmenter en nombre.

Le plus haut degré de développement de l'amygdale pharyngée, la production de l'hypertrophie, coïncide avec l'âge où une action défensive contre les infections bactériennes s'impose le plus.

L'involution de l'amygdale pharyngée qui, au point de vue clinique, peut être considérée comme un processus physiologique, mais est considérée à tort, au point de vue

anatomo-pathologique, comme un processus de ratatinement, cette involution s'accomplit à un âge où le besoin d'une action défensive se fait sentir moins, où existe une certaine immunité contre un grand nombre de maladies infectieuses particulières à l'enfance.

Lorsque l'involution n'est pas complète, la cause en est le plus souvent dans la persistance de certains processus pathologiques, incapables d'involution, tels que kystes, boursites, etc. (*Archiv f. Laryngol.*, XII, 2, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

Fibrome naso-pharyngien; extirpation par les voies naturelles; guérison, par le Dr CESTAN.

Le Dr Cestan présente les coupes histologiques d'un fibrome de la grosseur d'une mandarine, occupant tout le naso-pharynx, obstruant complètement la narine droite, partiellement la gauche, au point d'apporter une gêne profonde à la respiration et à la phonation.

L'évolution rapide de la tumeur et d'abondantes hémorragies décidèrent le malade à subir une intervention chirurgicale.

La pince à polypes, employée tout d'abord, ne fit que provoquer d'abondantes hémorragies. Après examen, rendu difficile par le volume de la tumeur, on arrive sur un large pédicule paraissant s'implanter sur la voûte naso-pharyngienne. L'extraction par les voies naturelles fut décidée, avec l'aide de l'instrumentation spéciale du Dr Escat.

Le malade est anesthésié, mis en position de Rose, et le voile est attiré en avant par une anse de caoutchouc passée par la narine libre du côté gauche. Cette manœuvre n'est pas sans inconvénient, car si elle agrandit le champ opératoire dans le sens antéro-postérieur, elle le rétrécit considérablement dans le sens transversal. Le polype est alors saisi avec une pince de Museux et, à l'aide de rugines spéciales, on essaye de saper la base du polype d'arrière en avant. Peine inutile, car la rugine glisse sans l'entamer sur un pédicule résistant et dur, et une hémorragie formidable voile le champ opératoire. C'est alors qu'à l'aide

de la pince-cuiller d'Escat, les dernières insertions sont arrachées, l'implantation de la tumeur complètement détruite, et la narine droite entièrement libérée. On bourre le naso-pharynx d'un tampon destiné à faire cesser l'hémorragie, et l'on fait au malade une injection d'un litre et demi de sérum artificiel; vingt-quatre heures après le tampon est enlevé sans nouveau saignement.

L'auteur termine en insistant :

1° Sur l'utilité de la position de Rose, tête tombante qui permet d'opérer en pleine lumière et évite la pénétration du sang dans les voies aériennes;

2° Sur la nature de ces fibromes qui, pas très durs au toucher, résistent cependant aux efforts des instruments les plus puissants;

3° Sur la nécessité de terminer au plus vite l'opération, l'hémorragie ne s'arrêtant qu'après l'ablation de la tumeur.

L'auteur attribue cette abondante hémorragie à la transformation angio-caverneuse de la tumeur, surtout du côté du pédicule, qui présente de grandes lacunes vasculaires en faisant un véritable tissu caverneux. (*Echo méd.*, 18 janv. 1902.)

Dr MERCIER BELLEVUE.

LARYNX ET TRACHÉE

Un cas de paralysie dite du crico-aryténoïdien postérieur ; autopsie (*Ein Fall von sogenannter Pasticuslähmung mit sectionsbefund*), par **M. JÖRGEN MOLLER.**

Il s'agit d'un homme âgé de soixante-six ans, admis à l'hôpital au mois de mars 1900. Il s'était toujours bien porté, et attribuait son état actuel à un refroidissement qu'il avait subi six semaines auparavant. Quatorze jours plus tard, il avait éprouvé de fortes douleurs dans la poitrine et de la dysphagie avec enrouement; plus tard, survint de l'œdème des extrémités, des inférieures en particulier, qui disparut, d'ailleurs, au bout de quelques jours de repos au lit. Peu de temps avant son entrée à l'hôpital, les douleurs intra-thoraciques se sont accentuées, l'état général s'est aggravé, mais le malade n'avait pas de

fièvre. Au moment de son entrée, il était très enroué et ne pouvait avaler que des liquides.

On attribua tout d'abord tous ces symptômes à une affection tuberculeuse du larynx. A l'examen de cet organe, on trouva la muqueuse normale, sauf une certaine rougeur, plus prononcée au niveau des apophyses vocales.

La corde vocale droite était immobile dans la position médiane aussi bien pendant la phonation que pendant la respiration; la gauche, au contraire, est en abduction prononcée pendant l'inspiration calme, et recouverte complètement par la bande ventriculaire; pendant la phonation, l'adduction de la corde gauche s'accomplit normalement, mais ne se trouve en contact avec la droite que dans ses parties antérieure et postérieure, tandis qu'au milieu se trouve entre les deux cordes un espace large de 1 à 2 millimètres formé par l'excavation du bord libre de la corde gauche.

On diagnostiqua une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur droit compliquée d'une paralysie du thyro-aryténoïdien interne gauche, cette dernière due au catarrhe du larynx. On pratiqua des attouchements quotidiens à la vaseline mentholée.

Les jours suivants, on put se rendre compte qu'on se trouvait en présence d'une tumeur médiastinale ayant envahi l'œsophage et déterminé de nombreuses métastases dans les ganglions du cou.

Le 2 juin, on trouva la paralysie récurrentielle droite sans modification, mais on put constater que la corde vocale gauche se rapprochait de la droite d'une façon normale; le 7 juin, la disparition de la paralysie du thyro-aryténoïdien interne était complète; la voix était devenue plus claire. Le malade mourut le 9 juin.

Autopsie. — Sarcome énorme du médiastin antérieur, ayant perforé l'œsophage et envoyant des prolongements dans les sillons séparant l'œsophage de la trachée, surtout à droite. Poumons, plèvres, ganglions médiastinaux et cervicaux envahis. Le récurrent droit était complètement englobé dans la masse de la tumeur. En mesurant la dis-

tance entre le sommet de l'apophyse vocale de chaque corde et la ligne médiane, on trouvait que l'écartement de la corde droite était de 1 millimètre et demi, celui de la corde gauche de 3 millimètres. Le muscle crico-aryténoïdien postérieur droit était considérablement diminué de volume, aussi bien en surface qu'en épaisseur; sa coloration était normale. Le muscle correspondant gauche ne présentait aucune modification visible. Sur une coupe frontale des moitiés latérales du larynx, on ne trouve pas une diminution notable du volume de la musculature du côté droit par rapport au côté gauche; la musculature droite présente, il est vrai, une coloration jaunâtre, mais son aspect macroscopique est tel qu'il ne permet pas de conclure à l'existence d'une dégénérescence plus ou moins prononcée. Les deux articulations crico-aryténoïdiennes sont parfaitement normales, sans prolifération de tissu conjonctif dans leur voisinage.

L'examen microscopique de coupes révèle une dégénérescence prononcée du crico-aryténoïdien postérieur droit et de toute la musculature latérale du côté droit (crico-aryténoïdien latéral, thyro-aryténoïdien, etc.). Les fibres musculaires sont très atrophiées, leur diamètre diminué de moitié; elles ont perdu leur puissance de coloration et présentent une couleur brun jaunâtre. Quelques fibres se rapprochent des normales. La striation transversale est encore visible en grande partie, surtout dans la musculature latérale, mais est beaucoup moins nette que du côté sain. Les noyaux ne sont pas considérablement augmentés en nombre. Il n'existe pas de dégénérescence graisseuse prononcée. Les coupes du nerf récurrent droit, séparé de la tumeur, ne montrent que des traces de cylindraxes; les noyaux du névrilème sont augmentés de nombre, les gaines nerveuses infiltrées de cellules sarcomateuses. Il s'agissait, en somme, d'une atrophie nerveuse très prononcée. Il n'a pas été possible de suivre un seul cylindraxe sur une longueur plus ou moins grande, de sorte qu'on doit admettre que le nerf avait complètement perdu sa conductibilité.

Il résulte de ces données qu'on ne doit pas attribuer une grande importance à l'aspect macroscopique de la musculature du larynx; le crico-aryténoïdien postérieur, libre et entouré de tissu lâche, peut, en subissant l'atrophie, diminuer de volume dans sa totalité; mais ce n'est pas le cas de la musculature latérale, qui se trouve dans un rapport tellement intime avec toute la masse des ganglions, le tissu élastique, etc., qu'il lui est impossible, lors même qu'elle subit une atrophie considérable, de diminuer totalement de volume et de se séparer des tissus environnants. (*Archiv f. Laryngol.*, XII, 2, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

OREILLES

A propos de l'otite moyenne (Société de chirurgie), par le Dr CHAVASSE.

On peut observer des accidents symptomatiques d'un abcès du cerveau au cours des otites moyennes aiguës; ces accidents sont attribués à la méningite. Dans d'autres circonstances, on peut observer ces mêmes accidents.

Chez une fillette de treize ans, opérée antérieurement de mastoïdite, ils étaient d'origine hystérique. Chez un autre enfant, ils disparurent après un écoulement de pus par le conduit et étaient dus à la rétention du pus dans la caisse. Chez un homme de vingt ans, on trouva un cholestéatome siégeant dans la mastoïde; l'ablation a été suivie d'une guérison immédiate. (*Bull. méd.*, nov. 1901.)

Dr BERBINEAU.

VARIA

Cancer de l'œsophage, par le Dr C. HENNEBERT.

Un homme de quarante-deux ans succombe à un carcinome de l'œsophage, situé à 23 centimètres de l'arcade dentaire, en l'espace de dix mois. Les points intéressants de l'observation sont les suivants :

L'apparition, au début, d'une toux opiniâtre coquelucheïde doit être attribuée à une compression du pneumogastrique. Pendant les deux derniers mois l'alimentation s'opéra au moyen d'une sonde molle. Le cathétérisme pra-

tiqué tous les deux jours amena, au début, une amélioration rapide de l'état général. Un fragment de tumeur expectoré dans une quinte de toux permit de faire un diagnostic histologique. Hennebert ne nous dit pas s'il a proposé à son malade l'opération de la gastrotomie. (*La Clinique*, n° 49, 7 déc. 1901.)

Dr A. CAPART fils.

NOUVELLES

— **Concours.** — Un concours sera ouvert à Paris, le lundi 2 juin 1902, à midi, à l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, pour la nomination à deux places d'assistant titulaire et à deux places d'assistant adjoint des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er juillet 1902.

Les candidats seront admis à se faire inscrire du 1er au 15 mai inclusivement.

Les épreuves du concours sont réglées de la façon suivante :

A. *Épreuves d'admissibilité.* — 1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de pathologie spéciales, pour la rédaction de laquelle il est accordé trois heures;

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection spéciale, pour laquelle il est accordé au candidat trente minutes pour l'examen du malade et la préparation de la leçon et 15 minutes pour la dissertation orale devant le jury.

B. *Épreuves définitives.* — 1° Une épreuve de médecine opératoire spéciale;

2° Une consultation écrite sur un malade atteint d'une affection spéciale, pour la rédaction de laquelle il est accordé une heure après trente minutes d'examen. Cette consultation sera lue immédiatement.

Les assistants des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie sont nommés pour une période de deux ans, à la suite de laquelle ils ne peuvent être prorogés.

Les assistants titulaires des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie reçoivent une indemnité annuelle de 1,200 francs.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. — N° 19. — 10 MAI 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DE LA PYOHÉMIE OTOGÈNE

(*Suite et fin*[1])

Par M. le professeur **E. SCHMIEGELOW**, de Copenhague.
(Traduit par le Dr S. JANKELEVITCH, de Bourges.)

Comme je l'ai déjà mentionné au début de mon rapport, certains auteurs considèrent cette maladie comme l'expression d'une infection se produisant par l'intermédiaire des grands vaisseaux sanguins, du sinus transverse et du bulbe de la veine jugulaire en particulier, qui se trouvent en contact immédiat avec le temporal.

Cette question a une très grande importance pratique, le traitement de ces cas dépendant en grande partie de la conception qu'on se fait de la pathogénie de la pyohémie otogène.

Parmi ceux qui insistent tout particulièrement sur le rôle de l'affection sinusienne dans la pyohémie otogène, je nommerai Leutert, qui, dans son grand travail connu sur la pyohémie otogène (*Archiv f. Ohrenheilk.*, XLI, 1896, p. 216), arrive, à la page 233, à cette conclusion, que la persistance de la fièvre, au cours d'une suppuration aiguë de l'oreille moyenne, et cela malgré la terminaison de la phase aiguë et sans qu'il y ait rétention du pus, constitue presque toujours l'expression d'une affection du sinus.

Il n'admet d'exception qu'en ce qui concerne les enfants

1. Voir nos 17 et 18, des 26 avril et 3 mai 1902.

chez lesquels une température élevée peut exister d'après lui sans qu'il y ait affection du sinus.

La même opinion a été exprimée, et d'une façon encore plus générale, par Jansen, au cours de la Réunion de la Société allemande d'otologie, tenue à Breslau au printemps 1901. Il déclare, à cette occasion, *avoir toujours observé une affection du sinus dans tous ces cas de pyohémie. (Verhandl. der deuts. otol. Gesells.*, 1901, p. 17.)

De même que Leutert, il range parmi les affections du sinus non seulement les thromboses septiques désagrégées, oblitérantes du sinus, mais encore les thrombi pariétaux qu'on observe de temps à autre au cours des autopsies et qui sont souvent très petits, aussi bien comme épaisseur que comme étendue. En ce qui concerne les thrombi pariétaux, ils doivent être considérés comme la phase de début de la thrombose du sinus, et pouvant, abandonnés à eux-mêmes, déterminer la production de thrombi septiques oblitérants. Les thrombi pariétaux sont tout aussi dangereux et infectieux, et peut-être encore plus infectieux que les thromboses septiques complètement oblitérantes, car le sang toujours en mouvement, en venant constamment en contact avec ce thrombus, s'infecte très facilement.

Si la conception de Leutert et de Jansen concernant la production exclusive de la pyohémie otogène consécutivement à une phlébite du sinus avec thrombus pariétal ou complètement oblitérant, si cette conception, disons-nous, était vraie, on devrait pouvoir constater cette affection dans tous les cas, soit par l'observation clinique, soit au cours de l'autopsie. Il est cependant impossible d'obtenir dans tous les cas de pyohémie otogène la démonstration clinique d'une phlébite du sinus. Lorsqu'il s'agit de thromboses étendues, limitées, ayant subi la décomposition purulente, la chose est assez facile, mais quant aux thrombi pariétaux d'épaisseur, et d'étendue peu considérables, la démonstration, nous le répétons, est impossible.

On peut, par le simple examen ou par la palpation du sinus découvert, se rendre compte de l'existence d'un petit thrombus pariétal, mais lors même qu'il existe un léger épaississement de la paroi du sinus, cela ne constitue pas toujours un symptôme de début d'une thrombose à l'intérieur du sinus, attendu que l'épaississement peut être dû à une simple infiltration de la tunique externe de la paroi vasculaire. L'incision et la ponction ne fournissent pas de résultat plus décisif, car l'incision et la ponction d'un sinus non complètement oblitéré peuvent être suivies d'une hémorragie tellement abondante que tout le champ opératoire se trouve inondé et qu'on se voit obligé de suspendre l'opération.

Le thrombus peut encore se trouver dans une section du vaisseau autre que celle qui a été incisée ou ponctionnée, et rien d'étonnant si l'incision ou la ponction n'aident pas à constater la présence du thrombus. Le thrombus peut avoir une position plus périphérique — ce qui est, d'ailleurs, très invraisemblable — ou plus centrale, plus près du cœur, dans le bulbe de la veine jugulaire, par exemple. Certaines expériences anatomo-pathologiques montrent que la chose est réellement possible.

C'est ainsi que Hessler (*l. c.*, p. 283) put trouver dans la littérature 2 cas de thrombose isolée du bulbe, consécutive à l'otorrhée chronique, et plus tard Leutert trouva sur 23 cas (12 appartenant à Jansen et 11 personnels) 5 fois la thrombose isolée du bulbe de la jugulaire interne (*Archiv. f. Orenheilk.*, XLI, p. 224). Il résulte, notamment, de ces dernières observations, publiées par Leutert et Jansen, que plus que jamais, nous devons penser maintenant à la possibilité d'une thrombose du bulbe de la jugulaire interne, lors même que nous constatons que la partie du sinus accessible à l'intervention ne présente rien d'anormal.

On comprend sans peine que, quelles que soient les conditions données, il sera impossible, dans beaucoup de cas, pour ne pas dire dans la plupart d'entre eux, de fournir une

preuve clinique en faveur de l'existence d'une phlébite du sinus. Si cette démonstration réussissait sur le cadavre, elle constituerait, il est vrai, un argument de valeur en faveur de la pathogénie sinusienne de la pyohémie pathogène, quoiqu'on puisse objecter que l'existence de modifications dans le contenu du sinus ou du bulbe de la jugulaire sur des cadavres ne prouve pas que les mêmes modifications se produisent nécessairement, même dans les cas s'étant terminés par la guérison. Cependant la démonstration anatomo-pathologique est loin d'autoriser la généralisation d'une pareille explication pathogénique de la pyohémie otogène.

Hessler (*l. c.*, p. 203) a réuni dans la littérature 12 cas de pyohémie otogène (dont 5 cas d'une otorrhée aiguë, 7 au cours d'une suppuration chronique de l'oreille) ayant présenté de nombreuses métastases septiques et dans lesquels le sinus transverse a été trouvé sain à l'autopsie. On a objecté à ces résultats déjà anciens que, le sinus transverse ayant été seul examiné, la possibilité d'une thrombose du bulbe de la jugulaire ne se trouve pas exclue.

Mais nous possédons des relations d'autopsies pratiquées ces dernières années sur des individus morts de pyohémie otogène, accompagnée de métastases, et chez lesquels non seulement le sinus transverse, mais aussi le bulbe de la jugulaire ont été trouvés sains.

Brieger [1] communique 2 cas de ce genre, et Schwabach [2] a eu l'occasion de soigner une jeune fille de vingt ans, morte dix jours après le début de la pyohémie et deux jours après l'opération (opération radicale avec incision du sinus transverse), et chez laquelle on ne trouva, à l'autopsie, aucune trace de thrombus ni dans le sinus ni dans le bulbe de la veine jugulaire.

1. Die pyämische Allgemeininfekt. nach Ohreneiterung (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXIX, p. 106, et *Verhandl. der deuts. otol. Gesells.*, Breslau, 1901, p. 42).

2. *Ibid.*, p. 115.

Il est impossible d'apporter, ni au point de vue anatomo-pathologique, ni au point de vue clinique, une preuve quelconque en faveur de l'opinion de Jansen, d'après laquelle la pyohémie otogène aurait toujours une affection du sinus pour point de départ. S'il était seulement possible de démontrer que l'organisme ne peut être infecté que par les cocci et les toxines traversant les parois du sinus et qu'une autre voie d'infection n'existe pas, ce serait un argument d'une valeur considérable pour ceux qui voient dans l'affection du sinus une *condition sine qua non* de la pyohémie otogène. Mais cette preuve est également impossible, car il existe incontestablement d'autres voies.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur l'opinion de Körner, d'après laquelle la pyohémie otogène aurait pour cause une ostéo-phlébite isolée. On n'a pas encore réussi à prouver anatomiquement l'existence isolée d'une pareille ostéo-phlébite, sans phlébite concomitante du sinus. On peut cependant admettre qu'une pyohémie peut survenir à la suite d'une absorption directe des matières infectieuses ayant occasionné l'affection du temporal, de même qu'une angine amygdalienne ou une gonorrhée sont capables de produire une pyohémie métastasique grave, grâce à l'absorption des microbes pathogènes par la muqueuse. C'est ainsi qu'une absorption par les parois des cavités du temporal peut donner lieu à une infection pyohémique, sans l'intermédiaire d'une phlébite du sinus.

L'expérience montre encore que les microorganismes d'un foyer d'inflammation peuvent pénétrer directement dans les capillaires et les veines, sans produire de thrombose veineuse (Weigert, cité par Brieger, *in Verhandl. d. deuts. otol. Gesells.*, 1901, p. 40), et les autopsies mentionnées plus haut dans lesquelles le sinus et le bulbe de la jugulaire ont été trouvés sains chez des individus morts de pyohémie otogène, font croire qu'il s'agissait dans ces cas d'une pathogénie de ce genre. Il est donc à peu près certain que l'infection intra-

osseuse, endogène, sans phlébité préalable du sinus ou du bulbe, joue un certain rôle dans la pathogénie de la pyohémie otogène; et lorsque je puis, par la trépanation de l'apophyse mastoïde et l'élimination des foyers septiques, guérir une infection pyohémique grave, et que, dans les mêmes cas, la palpation ou l'incision du sinus me montrent que ce dernier renferme du sang liquide, je suis plutôt porté à considérer ces cas comme des cas de pyohémie d'origine intra-osseuse, et ne pas supposer l'existence d'une affection du sinus ou du bulbe, affection qu'il n'a pas été possible de constater, et qui, lors même qu'elle existe, ne paraît avoir aucune influence sur le traitement que j'ai cru devoir appliquer.

Et combien ne voit-on pas de ces cas, si l'on se donne la peine de consulter la littérature relative à la question qui nous occupe?

C'est ainsi qu'à la clinique de Schwartze[1], à Halle, ont été traités, dans l'espace de quelques années, 11 cas de pyohémie otogène, dont 6, c'est-à-dire plus de la moitié, ont guéri à la suite d'une simple trépanation; et Hessler[2] a pu réunir 64 cas de pyohémie où la guérison a été obtenue sans aucune intervention sur le sinus ou sur le bulbe de la jugulaire. Sur ces 64 cas, il s'agissait 41 fois de pyohémie avec métastases et 23 fois de pyohémie sans métastases.

Il est possible qu'on aurait pu trouver dans quelques-uns de ces cas des thrombi pariétaux ou même complètement oblitérants, car il existe des communications relatives à des cas dûment constatés[3], dans lesquels, après la guérison de la pyohémie grave par la simple trépanation de l'apophyse mastoïde, on a eu l'occasion de pratiquer plus tard l'autopsie du sujet et de trouver dans le sinus transverse des adhérences conjonctives, signe d'une guérison spontanée d'une phlébite du sinus. Mais il est impossible de dire quelle est la fréquence

1. In *Schwartze's Handbuch*, II, p. 843. Ed. 1893.
2. *Die otogene Pyämie*, 1896, p. 77.
3. Schwartze, *Archiv f. Ohrenheilk.*, 1878, XIII, p. 106.

de ces cas, et on n'est pas autorisé à partir, dans chaque cas, de cette supposition que la pyohémie otogène est toujours la conséquence d'une phlébite du sinus arrêtée dans son développement. Il suffit de se rappeler que des observations ont été publiées dans lesquelles l'examen nécropsique n'a pu révéler la moindre trace d'affection du sinus ou du bulbe.

Il est évident, d'après ce qui précède, que je partage l'opinion de ceux qui admettent deux formes de pyohémie otogène : une forme avec phlébite du sinus, et l'autre sans cette dernière affection. Cette opinion est partagée, entre autres, par Laurens[1], dans son grand travail ayant servi de point de départ à une discussion de cette question au Congrès de la Société française d'otologie de 1900. Il serait très à souhaiter que ces deux formes puissent être séparées nettement l'une de l'autre, de façon qu'on soit à même de déterminer, dans chaque cas donné, si l'on se trouve en présence de l'une ou de l'autre de ces deux formes.

Les symptômes accompagnant une phlébite sont bien de nature à donner des présomptions, mais pas de certitude quant à son existence, et, d'un autre côté, les symptômes les plus caractéristiques de la phlébite, tels que la température élevée avec chute brusque et les frissons, peuvent faire défaut. Dans 2 cas, publiés par Jansen[2], la fièvre avait complètement manqué, et dans un autre cas, communiqué par Eschweiller[3], la fièvre n'avait pas de caractère intermittent, la température s'étant maintenue, sauf des rémissions insignifiantes, à 40° et les frissons ayant fait défaut. Parmi les 137 cas réunis par Forselles[4] les frissons ont également fait défaut dans quelques-uns.

On peut en dire autant de tous les autres symptômes accompagnant la phlébite du sinus : ils peuvent exister sans

1. *Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'otol., etc.*, XVI, 1, p. 131.
2. *Bericht der Deuts. otol. Gesells.*, 1901, p. 22.
3. *Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXXI, p. 69.
4. *Die durch eiter. Mittelohrentz. verursachte Lateralsinusthromb.* Kuopis, 1893.

qu'il y ait thrombo-phlébite et peuvent faire défaut, malgré l'existence de cette dernière. C'est pourquoi ni les céphalées, ni les vomissements, ni les vertiges, ni l'œdème des émissaires de l'apophyse mastoïde et de la région temporale ne constituent des symptômes absolument certains d'une thrombo-phlébite du sinus.

On avait cru trouver dans les modifications du fond de l'œil un moyen de diagnostic auxiliaire, mais il se trouva que les résultats fournis par l'examen du fond de l'œil sont loin de posséder cette certitude qu'on avait voulu leur attribuer. De tous les cas de pyohémie otogène que j'ai traités, je n ai trouvé qu'une seule fois une stase veineuse de la pupille; dans tous les autres, le fond de l'œil était normal. Dans les phlébites non compliquées du sinus, la névrite optique se produit rarement (Forselles); elle survient plus souvent lorsque la phlébite se complique d'une méningite. Forselles trouva une névrite optique dans 7 cas sur 14 opérés. Hessler [1] croit également que, dans les thrombo-phlébites non compliquées du sinus transverse, l'examen du fond de l'œil donne des résultats négatifs. Jansen [2], sur 28 cas de thrombose du sinus, trouva la pupille normale 13 fois; chez 4 sujets, il existait de l'hyperémie; 1 malade présentait une névrite optique et 9 avaient de la stase pupillaire. Sur 27 cas que Jansen [3] a eu l'occasion d'observer dans ces dernières années, la névrite optique existait 7 fois. D'un autre côté, Leutert [4] n'a constaté des modifications pathologiques du fond de l'œil avant l'opération qu'une seule fois sur 9 malades.

Et puisque, d'un côté, il nous est impossible de poser avec certitude le diagnostic de phlébite du sinus, et que, d'un autre côté, nous devons toujours compter avec la possibilité de cette affection dans la pyohémie otogène, il ne nous reste

1. *Die otogene Pyämie*, p. 355.
2. *Archiv f. Ohrenheilk.*, XXXVI, p. 7.
3. *Bericht der Deuts. otol. Gesells.*, p. 31.
4. *Archiv f. Ohrenheilk.*, XLI, 287.

plus qu'à conduire notre intervention chirurgicale d'une façon telle que, tout en portant notre principale attention sur l'affection du temporal, nous nous ménagions l'accès du sinus afin de pouvoir l'explorer directement.

Diagnostic. — En abordant la question du traitement de la pyohémie otogène, nous supposons que notre diagnostic est exact. D'une façon générale, il ne sera pas difficile de reconnaître la pyohémie et sa nature otogène, mais il existe des cas où il est permis de se demander dans quelle mesure l'état fébrile intermittent que présente le malade doit être attribué à une infection auriculaire. Forselles cite la dothiénentérie, la malaria, la tuberculose miliaire et l'endocardite septique parmi les affections avec lesquelles la confusion est possible (voy. sa *Monographie*, p. 87), et j'ai vu moi-même un cas où le diagnostic n'a pas été facile. Il s'agissait d'un garçon chez lequel on avait d'abord supposé l'existence d'une fièvre typhoïde, attendu que l'apophyse mastoïde n'était ni douloureuse ni infiltrée, et que le malade avait de la fièvre, des maux de tête, des nausées et des vomissements. Il faut dire qu'une épidémie de fièvre typhoïde existait à cette époque. A l'opération, on trouva l'antre agrandi par suite de carie de ses parois et rempli de pus fétide et de masses cholestéatomateuses. Le malade a guéri et son observation a été publiée dans les *Comptes rendus de la Société d'otologie et de laryngologie* du 27 novembre 1899.

Le traitement de la pyohémie otogène doit viser avant tout à *établir un drainage aussi large que possible de l'oreille moyenne*. Dans les cas de suppuration, on pourra se contenter de la trépanation de l'apophyse mastoïde et de la résection large de la membrane du tympan, tandis que, dans les otorrhées chroniques, il faudra pratiquer immédiatement l'opération radicale et l'extraction des osselets.

Un point important du traitement consiste dans l'*exploration du sinus tranverse,* qui ne devra être négligée sous aucun

prétexte. Lorsque l'affection du temporal a réussi à user la paroi osseuse sur une étendue considérable, jusqu'au niveau du sinus transverse, l'exploration de ce dernier ne présente généralement pas de difficultés, une fois l'abcès mastoïdien vidé. Il est quelquefois nécessaire de mettre à nu le sinus, à l'aide de la gouge et du marteau et à l'aide de la pince à os, sur une étendue plus grande, aussi bien en arrière, dans la direction du pressoir d'Hérophile, qu'en avant, du côté du trou jugulaire. On a alors sous les yeux une portion considérable du vaisseau. Lors même que l'affection du temporal est séparée du sinus par du tissu osseux sain en apparence, on n'en doit pas moins se créer un accès vers le sinus en trépanant en arrière (cf. mon cas V).

Le sinus transverse peut être sain et renfermer du sang liquide, ou bien il est oblitéré par un thrombus solide ; la paroi peut présenter une décoloration gangréneuse ou être perforée de fistules conduisant dans des abcès intra-sinusiens. Lors même que le sinus est baigné par le pus d'un abcès périsinusien, le vaisseau et son contenu peuvent être sains. Si l'on tombe sur un sinus sain ou qui, malgré l'épaississement de la paroi cranienne externe, renferme du sang liquide, on peut considérer l'intervention chirurgicale comme terminée, après avoir établi le drainage de l'affection du temporal et mis à nu le sinus, de façon à permettre à l'abcès périsinusien, lorsqu'il existe, de se vider.

La simple inspection et la palpation suffisent le plus souvent pour s'assurer de l'état, liquide ou non, du contenu du sinus. Beaucoup considèrent une ponction ou une incision exploratrice comme nécessaire, mais ces moyens auxiliaires ne sont ni sûrs ni inoffensifs. Les thrombi pariétaux, notamment, ne peuvent être diagnostiqués par la ponction, mais nécessitent une incision. Celle-ci ne peut être pratiquée qu'après que le sinus a été vidé du sang qu'il contient, et ceci s'obtient en le comprimant en haut et en bas, à l'aide de tampons iodoformés stériles, qu'on insinue entre la paroi du sinus et le

crâne. Mais il résulte des communications de Brieger (*Deuts. otol. Gesells.*, 1901, p. 84) que ce procédé n'est pas sans danger; et le même auteur insiste sur la difficulté de distinguer les contours d'un sinus vide; on s'expose donc à inciser de travers et déterminer une pachyméningite.

Un autre danger qui résulte de l'incision de la paroi du sinus consiste dans la possibilité de l'*aspiration d'air* déterminant des embolies mortelles. Mais on peut en diminuer les chances en incisant le sinus dans une position très basse de la tête du malade. Pour ma part, je n'ai jamais eu cet accident chez mes malades, quoique j'aie plus d'une fois incisé la paroi du sinus, soit intentionnellement, soit par hasard.

Si la ponction du sinus est beaucoup moins dangereuse que l'incision, elle fournit, en revanche, des données beaucoup moins sûres. Cependant, même dans le cas où l'on pratique la ponction, une injection du sinus par cette petite ouverture n'est pas tout à fait impossible. On connaît, en effet, des cas d'infection secondaire d'un sinus sain à la suite de l'affection temporale (Grunet et Zeroni, *Archiv f. Ohrenheilk.*, XLIX; et Panse, Zwei Fälle von Sinusbetheiligung nach Aufmeisselung, *in Archiv f. Ohrenheilk.*, LI, 1, p. 22).

Après avoir établi le drainage mastoïdien et vidé les abcès périsinusiens qui peuvent exister, et après nous être assuré de l'intégrité du sinus, nous tamponnons la plaie et attendons les événements.

En général, la température tombe immédiatement après cette intervention, et dans beaucoup de cas les malades entrent aussitôt dans la période de convalescence.

Ou bien de nouvelles infections pyohémiques se produisent au bout de quelques jours, et les causes peuvent en être nombreuses.

Elles peuvent être dues premièrement à une dissémination de métastases secondaires, consécutives à l'affection mastoïdienne. Tel était, je crois, le cas de ma malade Hansine B..., dont l'énorme abcès rétro-pharyngé secondaire a été la cause

de troubles métastasiques postérieurs. Dans ces cas, le sinus transverse n'est généralement pas malade. En second lieu, ces nouvelles infections peuvent être occasionnées par un thrombus pariétal du sinus ou du bulbe de la jugulaire, passé inaperçu pendant l'opération et ayant progressé malgré le drainage de la cavité mastoïdienne. C'est ce qui arrive le plus souvent dans le cas où le processus thrombo-phlébitique part du bulbe de la jugulaire. On observe alors une décoloration de plus en plus prononcée de la paroi du sinus qui se trouve exposée au fond de la plaie et dont le contenu devient un peu plus solide.

En présence des symptômes d'une infection pyohémique persistante (frissons, élévation de la température, nouvelles métastases, etc.), et quand on s'est assuré *qu'ils sont déterminés par une thrombo-phlébite progressive du sinus et du bulbe de la jugulaire, ou si l'on trouve à l'examen direct du sinus qu'il renferme un thrombus purulent septique solide en voie de décomposition, on doit inciser la paroi du sinus* sur une étendue aussi grande que possible, de façon à empêcher la propagation de l'infection sinusienne, *et lier la veine jugulaire interne.*

Pour pouvoir inciser la paroi du sinus et saisir le thrombus septique, on doit disséquer le premier au moyen d'un ciseau dans les deux directions, jusqu'à ce qu'on ait atteint les limites extrêmes du thrombus. On peut ainsi suivre le sinus en arrière jusqu'au pressoir, en avant, jusqu'au trou jugulaire.

Le but que poursuit la ligature de la veine jugulaire interne consiste d'abord à empêcher le thrombus de se propager en bas vers cette veine. Aussi doit-on, dans les cas où le processus phlébitique s'est déjà étendu en bas, du côté de la jugulaire, en pratiquer la ligature de façon à ce qu'elle se trouve au-dessous de la section atteinte de la veine. On fera une ligature double et on sectionnera la veine entre les deux ligatures, afin d'empêcher l'inflammation de la partie périphérique de se propager vers les veines centrales.

On doit aussi lier la jugulaire interne, afin d'empêcher les métastases pouvant résulter de la présence d'un thrombus dans les veines ou dans le bulbe. Il est vrai que la ligature ne donne pas de garantie absolue sous ce rapport, car la phlébite peut se propager au système veineux par d'autres voies et les éléments infectieux peuvent pénétrer dans l'organisme, le long de la jugulaire interne, par les veines vertébrales et faciales, en contournant la jugulaire interne liée.

Les résultats accusés par les statistiques semblent plus favorables dans les cas où la jugulaire interne a été liée que dans ceux où la ligature n'a pas été faite. C'est pour cette raison que, lorsque j'ai trouvé un thrombus dans le sinus, j'ai pratiqué la ligature double de la jugulaire interne aussi bas que possible, au-dessous du point d'abouchement de la veine faciale commune, et l'ai sectionnée entre les deux ligatures.

Au point où a été faite la ligature, la veine était saine et renfermait du sang liquide. De nouvelles infections se sont cependant produites après la ligature, et ces infections auraient-elles été plus nombreuses, plus graves, auraient-elles même été mortelles, si je n'avais pas pratiqué, c'est ce qu'il m'est impossible de dire.

Beaucoup d'auteurs pensent que, dans tous les cas de pyohémie otogène prononcée, où les symptômes se maintiennent après que le drainage de l'affection mastoïdienne a été établi et où il y a lieu de soupçonner l'existence d'une phlébite du sinus, la jugulaire interne doit être liée immédiatement avant l'examen du sinus ou, en tout cas, aussitôt que celui-ci a été mis à nu. C'est ainsi que, d'après Leutert (Deutsch. otol. Congr., 1901, p. 113), la jugulaire interne doit être liée, dans tous les cas, avant l'ouverture du sinus, afin d'empêcher que, pendant l'opération, des parcelles détachées du thrombus ne pénètrent dans la circulation.

Des objections ont été formulées contre cette opinion, qui insiste sur la nécessité de lier la jugulaire interne dans tous

les cas, compliqués ou non, d'une thrombose du sinus. Cette ligature n'est pas seulement quelquefois superflue, mais peut devenir dangereuse dans beaucoup de cas. Ceux qui croient à la nécessité de pratiquer la ligature chez tous les malades, partent de cette conception que la veine jugulaire recevant du sinus la masse principale des éléments infectieux, on supprime, en liant la veine, la principale voie de propagation de ces éléments. Si la ligature était complètement inoffensive, on ne trouverait rien à redire, mais tel n'est pas toujours le cas. Linser[1] vient de publier un cas dans lequel la ligature d'une des jugulaires internes au niveau du cou a déterminé la mort par œdème cérébral; et la cause de cet œdème a été dans le développement insuffisant de la veine du côté opposé qui n'a pas été liée. La veine liée était, en effet, deux fois plus épaisse que l'autre. Linser a examiné ensuite les deux trous jugulaires sur 1,022 crânes et trouva que sur 200 crânes un des deux trous jugulaires était deux fois plus gros que l'autre, sur 60 il y avait une différence de largeur allant du simple au double et sur 29 crânes un des trous était trois fois et au delà plus grand que l'autre.

En liant la jugulaire interne chez un malade dont le sinus est sain, ou ne renferme qu'un petit thrombus pariétal qui n'en oblitère pas la lumière, on s'expose à provoquer du côté du cerveau des troubles circulatoires subits et considérables, pouvant déterminer la mort. Ce danger est particulièrement grand chez des individus dont la veine non liée est anormalement petite. Nous devons nous rappeler que, dans certains cas, la ligature de la veine jugulaire interne a été suivie d'œdème cérébral avec issue mortelle.

Si l'on se borne à lier la veine dans le cas seulement où le sinus est thrombosé, les dangers dont il a été parlé plus haut sont moins grands ou n'existent pas du tout, car, en ce qui concerne ces cas, on doit admettre que la circulation dans la

1. *Beitr. zur klin. Chir.*, XXXVIII, 3 (résumé par Hölscher, *Archiv f. Ohrenheilk.*, LII, p. 126).

veine du côté malade était déjà ralentie et diminuée longtemps avant la ligature, Mais il faut avoir soin de pratiquer la ligature aussi haut que possible, au-dessus de la faciale commune, à moins que l'extension du processus phlébitique exige une ligature plus basse.

Il existe une autre circonstance qui s'oppose à la ligature de la jugulaire interne, lorsqu'il s'agit d'un petit thrombus pariétal, c'est la possibilité de l'existence d'un état infectieux au-dessus de la ligature. Cette dernière a pour suite la formation d'une thrombose dans la section de la veine située au-dessus du fil, et s'il existe un petit thrombus pariétal infectieux plus haut, il peut facilement devenir le point de départ d'une infection du thrombus secondaire.

La ligature de la jugulaire est au contraire parfaitement indiquée, lorsqu'il existe des signes incontestables d'une phlébite de la jugulaire (sensibilité et induration en forme de cordon perceptible au cou, le long de la veine). La ligature doit alors être faite aussi bas que possible, au-dessous du thrombus. Il arrive parfois, comme dans un cas que j'ai opéré, qu'on croit sentir la jugulaire atteinte de thrombophlébite, alors que la veine est saine, et qu'il s'agit tout simplement de ganglions périvasculaires tuméfiés et sensibles.

Pour toutes ces raisons, je me crois autorisé à lier la jugulaire interne immédiatement après l'intervention primitive, lorsque je constate une thrombose du sinus, et à m'abstenir de faire la ligature, lorsque le sinus renferme du sang liquide.

Il existe une seule circonstance où la ligature de la jugulaire interne est indiquée, lors même que le sinus renferme du sang liquide; c'est lorsqu'il y a lieu de soupçonner l'existence d'une thrombose du bulbe de la jugulaire, ainsi que cela arrive dans les otorrhées aiguës.

Le diagnostic de cette thrombose isolée du bulbe, est cependant extrêmement difficile et souvent même impossible. On peut, pour le rendre plus facile, recourir au procédé de

Whiting[1]. Voici en quoi il consiste : après avoir exposé le sinus sur une grande étendue, on en rend exsangue une partie en appuyant fortement un des index sur le sinus, dans le voisinage immédiat du bulbe, tandis qu'on promène l'autre index dans la direction du pressoir d'Hérophile, de façon à vider la partie du sinus comprise entre ces deux points. On enlève ensuite le doigt qui comprimait le sinus : si le sinus se remplit rapidement, cela signifie que le bulbe n'est pas oblitéré, tandis que l'existence d'une thrombose du bulbe empêche le sinus de se remplir.

Lorsque l'existence d'une thrombose du bulbe ne fait pas de doute, et lors même que le sinus renferme du pus liquide, on doit pratiquer la ligature primitive de la jugulaire interne au-dessus de la veine faciale, avec drainage ouvert du bout supérieur (Brieger).

En terminant, je dirai quelques mots du pronostic de la pyohémie otogène. Il dépendra du mode d'infection, de la nature de l'affection primitive ; il est plus favorable dans les cas de suppuration aiguë, que dans ceux d'otorrhée chronique et varie selon qu'il s'agit d'une affection intra-osseuse ou d'une thrombose septico-pyohémique du sinus. Les dangers sont plus grands lorsqu'on a affaire à une thrombose purulente septique, quoique, dans ces dernières années et grâce aux perfectionnements apportés au traitement de la pyohémie otogène, le pronostic de cette forme que Hessler (*Schwartze's Handbuch*, II, p. 623) considérait encore, en 1893, comme mortelle, soit devenu beaucoup moins favorable.

Jansen cite, dans l'*Encyclopédie* de Blau[2], 36 opérations sur 87 cas de thrombose du sinus, avec 26 (72 o/o) guérisons environ et il dit qu'en ne tenant compte que des cas opérés ces dernières années, les résultats sont encore plus favorables : 3 morts (12 o/o) et 22 guérisons (88 o/o) sur 25 cas opérés. Sur

1. Beitrag zum klinischen Verlauf und zur Operationstechnik der Sinusthrombose (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXXV, p. 208-210).

2. *Encyclopädie der Ohrenheilk.*, 1900, p. 328.

ces 25 malades, 3 ont subi l'opération mastoïde (tous guéris), chez 10 on n'est intervenu que sur le sinus (tous guéris), et 12 ont subi la ligature de la jugulaire : 9 de ces derniers ont guéri, et 3 (un quart) sont morts (*Deuts. otol. Gesells.*, 1901, p. 35). Brieger (*ibid.*, p. 101) a obtenu des résultats un peu moins favorables : sur 26 malades opérés de la thrombose du sinus, 10 ont subi la ligature de la jugulaire, chez 16 cette ligature n'a pas été pratiquée; dans chacune de ces catégories, la moitié des sujets ont guéri, les autres sont morts.

En ce qui concerne les cas traités et publiés dans les pays scandinaves par Lennander, Dahlgreen, Kr. Poulsen, Forselles, Uckermann et Schmiegelow, 7 (64 o/o) se sont terminés par la guérison et 4 (dont 1 cas de Kr. Poulsen et 3 de Forselles), soit 36 o/o, sont morts.

Plus tôt on opère l'affection mastoïdienne, plus largement on établit le drainage de l'affection sinusienne, et plus on a de chances d'arrêter le processus et d'empêcher de nouvelles infections de l'organisme, soit avec, soit sans la ligature de la jugulaire interne. Plus l'individu est jeune, plus aussi le pronostic est favorable, la force de résistance contre l'infection pyohémique diminuant avec l'âge. Et la force de résistance de l'organisme dépend encore, d'un côté, de la nature, du nombre et de la localisation des métastases, et, d'un autre côté, de l'énergie avec laquelle on intervient.

Mes observations sont là, qui montrent que des métastases, mêmes graves, telles qu'empyème pleural septico-purulent, infarctus pulmonaires et abcès du poumon, peuvent guérir complètement si l'on intervient à temps et surtout lorsqu'il s'agit d'individus jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

Technique et clinique de l'œsophagoscopie *(Technik und Klinik der Œsophagoscopie)* (Travail de la clinique chirurgicale du professeur Mikulicz, de Breslau), par le Dr G. Gottstein.

L'idée d'examiner l'œsophage dans un but diagnostique et thérapeutique remonte tout au plus à une trentaine d'années. Elle fut inspirée par l'invention du laryngoscope, due à Manuel Garcia, en 1856. Les premiers essais d'œsophagoscopie ont été faits par Störk et Semeleder, qui les ont pratiqués sur eux-mêmes, vers 1866, en se heurtant à des difficultés considérables. Ces expériences échouèrent complètement.

Quatre ans plus tard, Waldenberg, de Berlin, eut l'idée d'introduire un tube rigide dans l'œsophage pour en examiner la muqueuse au moyen d'un miroir. Il fut donc le premier à mettre l'œsophagoscopie dans la bonne voie.

Après l'invention de la canule trachéale de Durham, en 1869, Störk reprit ses premiers essais et s'appliqua à modifier l'instrument dont il se servait. Jusqu'en 1880, aucun autre que Störk ne semble s'être occupé d'œsophagoscopie, si ce n'est, à cette époque, Morel Mackenzie, qui a réussi à introduire son instrument dans l'œsophage de trente-sept malades sur cinquante. Il ne dit pas, d'ailleurs, s'il a obtenu des résultats décisifs.

Mickulicz commença à s'intéresser à la question en 1880, et employa les instruments inventés par le fabricant spécialiste Joseph Leiter. Il eut, tout d'abord, cette idée capitale que les rapports anatomiques du pharynx et de l'œsophage permettent de les mettre sur une même ligne et de rendre droite la voie d'exploration. Il s'appuyait pour cela sur l'exemple des avaleurs de sabres, qui peut être suivi par tout homme normalement conformé.

L'emploi du tube rigide pour l'examen de l'œsophage permet d'appliquer dans sa simplicité le principe de l'électro-endoscopie de Leiter.

L'œsophagoscope de Mikulicz est un tube complètement droit, de 13 millimètres de diamètre. Il est armé,

avant l'introduction, d'un mandrin dont la tête ferme son extrémité inférieure et que l'on retire ensuite pour le remplacer par l'appareil d'éclairage.

L'auteur cite ensuite les passages du travail de Mikulicz (janvier 1881) relatifs aux cas où celui-ci employa avec succès son œsophagoscope, auquel des perfectionnements successifs furent apportés avec le progrès de l'électro-endoscopie. De plus, après la découverte de la cocaïne, celle-ci fut employée de préférence à la morphine pour l'introduction du tube. Quant à celui-ci, il est resté jusqu'au jour actuel ce qu'il était au début : un simple tube droit.

Il est remarquable que tant d'années se soient écoulées sans que l'œsophagoscopie ait été employée comme méthode d'examen. En dehors de Mikulicz, il semble qu'elle qu'elle l'ait été exclusivement par Störk et von Haker qui, alors assistant de Billroth, alla l'apprendre chez Mikulicz et revint la mettre en pratique à la clinique Billroth. Les résultats des premières expériences de Hacker ont été publiés en 1887, dans le catalogue de Leiter. En 1889 et en 1894, Hacker a publié d'autres travaux sur le même sujet.

Après lui, parurent successivement les travaux de Rosenheim (*Berlin. klin. Wochens.*, n. 12, 1895) et de Kelling (*Allgem. med. Centralbl.*, n. 7, 1896).

C'est à la clinique du Dr Mikulicz que l'œsophagoscopie a été régulièrement appliquée.

Technique œsophagoscopique. — L'œsophagoscope est un tube droit, rigide, métallique, dont la section inférieure est oblique. Les bords du tube sont, à cet endroit, légèrement retournés vers l'intérieur, de manière à les rendre mousses. Au bout supérieur du tube se trouve un anneau en caoutchouc durci, avec échancrure à la baïonnette, à laquelle s'adapte une mèche fixée à un mandrin, qui consiste lui-même en une tige métallique à l'extrémité inférieure de laquelle est rapportée un bout de caoutchouc durci. Le diamètre intérieur du tube est de 14 millimètres, de 10 millimètres pour les enfants. On emploie, pour les adultes, trois longueurs différentes : 26, 36 et 46 centimètres. La paroi externe du tube est divisée en centimè-

tres, la paroi interne est noircie à la laque mate pour atténuer les effets de la lumière. La source lumineuse est un accumulateur de 24 volts.

On peut résumer ainsi cette technique en énumérant les phases successives de l'opération :

1° Déterminer, au moyen d'une sonde élastique, la distance qu'il y a entre l'arcade dentaire du malade et l'obstacle situé dans l'œsophage;

2° Enlever les fausses dents, etc.

3° Cocaïnisation systématique de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'entrée de l'œsophage par une solution de cocaïne à 10 0/0;

4° Donner au malade les instructions suivantes :

a) Respirer doucement;

b) Si le tube provoque de la douleur, l'indiquer en levant la main gauche;

c) Laisser s'écouler doucement la salive qui peut remplir la bouche;

5° Débarrasser le malade de tout vêtement gênant;

6° Le faire étendre dans le décubitus latéral droit, la tête étant soutenue par un aide;

7° Introduire le tube par l'angle droit ou gauche de la bouche jusqu'au cartilage aryténoïde, faire faire au malade une inspiration et faire glisser le tube dans l'œsophage;

8° Après introduction du tube jusqu'à l'obstacle, enlever le mandrin, appliquer le panélectroscope de Casper et éclairer l'œsophage.

L'auteur ne se dissimule pas les dangers de l'œsophagoscopie, mais ils ne sont pas d'autre nature que ceux de la cystoscopie et du sondage de l'urètre. Le simple cathétérisme lui-même présente ses dangers, et l'on ne peut pourtant le rejeter pour cela. L'œsophagoscopie doit être d'une application sûre et inoffensive dans les mains d'un opérateur habile et expérimenté. Le Dr Mikulicz n'a eu que deux cas suivis de mort sur quatre cents observations œsophagoscopiques, et si un cas de rupture de l'œsophage se produisait encore, il pratiquerait immédiatement l'œsophagotomie et tamponerait le point de rupture.

L'auteur décrit ensuite l'œsophage normal, et consacre un chapitre spécial à la position du cardia, puis il passe dans la partie spéciale de son travail, à la clinique de l'œsophagoscopie.

Les trois premiers chapitres sont consacrés aux lésions de l'œsophage, aux corps étrangers, aux tumeurs malignes tuberculeuses, syphilitiques; aux érosions, fissures, actinomycose, etc.

Le chapitre IV, divisé en deux parties, traite des troubles moteurs hyperkynétiques de l'œsophage (spasmes de l'œsophage, du cardia, du pylore) et des troubles hypokinétiques (atonie, paralysies et parésies de l'œsophage).

Les chapitres suivants sont consacrés aux névroses et surtout aux différentes variétés de carcinome de l'œsophage et de la partie cardiaque de l'estomac. L'auteur tient compte en passant des sténoses de compression, des tumeurs du médiastin et de l'anévrysme de l'aorte, puis il termine par un chapitre sur les dilatations de l'œsophage et par la relation des cent cas différents auxquels il a appliqué l'œsophagoscopie. (Gustave Fischer, Iéna, 1901.)

TRIVAS.

ANALYSES DE THÈSES

Contribution à l'étude des accidents réflexes d'origine nasale, par le Dr L. CABUCHE.

Après quelques pages consacrées à l'anatomie de la membrane pituitaire, l'auteur arrive à l'étude des accidents réflexes d'origine nasale, qu'il divise en sept groupes :

1° Troubles respiratoires; 2° troubles portant sur les voies digestives; 3° troubles nerveux; 4° troubles circulatoires; 5° troubles utérins; 6° troubles vaso-moteurs; 7° troubles sécrétoires.

1° Les troubles des fonctions respiratoires sont les plus fréquents. Une de leurs manifestations cliniques les plus habituelle est l'asthme des foins, le hay fever des Anglais, la rhino-bronchite spasmodique. C'est cette affection qui survient chaque année, à date à peu fixe, au printemps

et à l'automne, et se manifeste par du coryza, des crises d'éternuement et des accès de dyspnée rappelant ceux de l'asthme vulgaire. D'après Hack, l'asthme d'été s'observerait surtout chez les sujets porteurs de lésions nasales.

Chez certains malades les crises d'éternuement surviennent à la suite d'une impression même légère portant sur la pituitaire.

Chez d'autres, les accidents réflexes sont des spasmes laryngés. Ces accidents sont plus fréquents chez le jeune enfant que chez l'adulte.

Il existe aussi des spasmes phonatoires, consistant en hoquets, en sanglots, en aboiements; ces troubles s'observent surtout chez les sujets entachés d'hystérie.

2° Les troubles des fonctions digestives sont rares. Melzi, de Milan, a signalé le spasme pharyngé, consécutif à la présence de myxomes des fosses nasales.

3° Les troubles des fonctions nerveuses sont très fréquemment observés consécutivement aux irritations de la pituitaire.

C'est tantôt une hémiuranie rebelle, tantôt une névralgie faciale ou sus-orbitaire, tantôt un tic douloureux. Chez certains malades, les lésions nasales furent le point de départ de la maladie de Basedow.

La chorée, avec tous ses caractères a été signalée à la suite de polypes du nez, et des troubles mentaux ont été observés parfois dans le cours des inflammations chroniques de la pituitaire.

4° D'après certains auteurs, l'appareil circulatoire serait assez fréquemment influencé par des irritations intranasales et par des lésions pathologiques de la pituitaire. Cette membrane peut être le point de départ de réflexes inhibitoires, auxquels on fait jouer le principal rôle dans des cas de mort subite ou de syncope. Les modifications de l'appareil respiratoire peuvent se produire dans les affections les plus diverses de la muqueuse nasale. D'une manière générale les malades se plaignent d'une sensation de contraction, de serrement, d'angoisse précordiale, de palpitations, de vertiges, et de peurs nocturnes. Tous ces

symptômes peuvent disparaître après un traitement intra-nasal.

5° Troubles utérins. — Au moment des règles la muqueuse des fosses nasales, surtout au niveau du cornet inférieur et du septum, présente une turgescence marquée avec sensibilité exagérée au contact et tendance aux hémorragies. Il est donc évident que les affections nasales, surtout celles portant sur ces points, seront une cause puissante de dysménorrhée.

6° Les troubles vaso-moteurs, consistant en une rougeur passagère d'une partie du visage, sont rarement observés.

7° Les troubles sécrétoires, liés à une lésion nasale, sont variables comme siège. Dans certains cas, c'est une hydrorrhée nasale abondante; dans d'autres, de la sialorrhée. Parfois on se trouve en présence d'une transpiration abondante et fréquente, parfois d'une polyurie survenant par crises et que l'on attribue, faute de mieux, à l'état nerveux du sujet.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur cherche à expliquer les phénomènes qu'il vient d'étudier, et se livre à des considérations sur la pathogénie des accidents réflexes d'origine nasale. Après avoir passé en revue les diverses théories émises à ce sujet par les différents auteurs, il pense que l'on peut expliquer cette succession de faits de la manière suivante :

A. Une excitation variable se produit à la surface de la pituitaire;

B. L'action se produit sur les nerfs, d'autant plus énergique que la muqueuse est dans un état pathologique qui exalte sa sensibilité, ou que ce sujet est plus nerveux;

C. La vaso-dilatation se produit; elle est inévitable, mais nous ne saurions dire si elle est nécessaire; il faudrait pour cela voir si toujours la crise d'asthme des foins est précédée de congestion pulmonaire;

D. Enfin l'asthme laryngo-bronchique se produit; c'est un réflexe définitif; la muqueuse nasale nous apparaît ici comme un gardien qui donne l'alarme et met les voies respiratoires en état de défense, lorsque des corps nuisibles tentent de s'y introduire;

E. Chez d'autres malades, la crise d'asthme est remplacée par d'autres troubles réflexes produits à distance et que nous connaissons déjà. Ces accidents peuvent compliquer et même remplacer la crise d'hay fever, ou bien se manifester en dehors d'elle. (Thèse de Paris, 1901.)

Dr G. Dupond.

Contribution à l'étude du rôle des dents dans quelques infections (angine de Ludwig, adénite tuberculeuse cervicale), par le Dr A. Blum.

Les altérations dentaires sont souvent le point de départ d'accidents infectieux parce qu'elles servent de porte d'entrée aux nombreux microbes qui pullulent dans la cavité buccale. Parmi ces accidents graves, il faut signaler l'angine de Ludwig et les infections ganglionnaires tuberculeuses de la région cervicale. Ce sont ces deux lésions que l'auteur se propose d'étudier plus spécialement.

Si la bouche renferme des microbes pathogènes, elle possède de puissants moyens de défense pour paralyser leur action. Ce pouvoir destructeur peut être attribué aux propriétés bactéricides des humeurs, à la concurrence buccale des espèces bactériennes, aux phénomènes de leucocytose qui s'effectuent dans l'intérieur et à la surface des muqueuses, à la desquamation épithéliale et, enfin, à l'action chimiotactique de la salive. Mais si un microbe, échappant à tous ces moyens de destruction, peut s'isoler et pénétrer dans l'organisme à la faveur d'une lésion dentaire, il récupère sa virulence perdue et peut déterminer les plus graves accidents. C'est ainsi que, dans la production des phlegmons infectieux du plancher de la bouche, on constate que les altérations dentaires jouent le principal rôle. Toutes les observations rapportées par les auteurs le démontrent surabondamment, et l'influence des lésions des dents ne peut être mise en doute. La voie que suit l'infection est la voie lymphatique dans presque tous les cas. Le début est souvent marqué par l'apparition de périostite alvéolo-dentaire; dans ce cas, on trouve une ou plusieurs dents atteintes de carie; dans la suite, la région

sus-hyoïdienne devient tuméfiée et œdémateuse et l'angine de Ludwig se trouve constituée. D'après les examens bactériologiques qui ont été pratiqués, c'est au streptocoque, hôte habituel de la bouche, qu'on peut attribuer la production de ce phlegmon infectieux.

Les dents cariées peuvent aussi livrer passage au bacille de Koch, qui se servira de cette voie pour envahir les voies lymphatiques et, de là, les ganglions correspondants, dans lesquels il s'arrête pour produire ses ravages. Ce sont les ganglions supérieurs, sous-maxillaires et sous-angulo-maxillaires, qui sont le plus souvent atteints; ce sont eux, en effet, qui desservent la cavité buccale et les dents.

D'après les observations rapportées, le rôle de la carie dentaire paraît bien établi, et si, dans chaque cas d'adénite cervicale tuberculeuse, on recherchait soigneusement l'état de la dentition, on rencontrerait souvent les lésions des dents et des alvéoles correspondantes.

Les soins de la bouche et des dents, le traitement précoce de la carie dentaire, constituent donc en quelque sorte un traitement préventif prophylactique de l'angine de Ludwig et de la tuberculose des ganglions cervicaux; on essaiera donc de les prévenir, d'empêcher leur apparition en faisant de l'antisepsie buccale aussi complète que possible. Chez les débiles, outre les soins locaux, il faudra remonter la nutrition par tous les moyens toniques.

Lorsque l'infection a eu lieu, qu'elle soit aiguë, comme dans l'angine de Ludwig, ou lente, comme dans la tuberculose, il faut joindre à l'intervention chirurgicale l'extraction de la dent qui a livré passage à l'infection. (Thèse de Paris, 1901.)

Dr G. Dupond.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Angine à pneumobacille de Friedlander par M. Descos.

L'auteur signale un cas d'angine à pneumobacille obser-

vée chez un homme de trente-huit ans, atteint en même temps de tuberculose pulmonaire. Le malade se plaignit tout d'abord d'un peu de dysphagie, mais peu de douleur. L'examen objectif permit de constater sur le pilier antérieur gauche de petits points grisâtres, qui bientôt devinrent confluents au point de prendre l'aspect de fausses membranes, très adhérentes au pilier et à l'amygdale gauche, ne se dissolvant pas dans l'eau et laissant au-dessous d'elles une muqueuse tomenteuse et saignante. L'examen microscopique révéla la présence de nombreux diplocoques présentant tous les caractères du pneumobacille de Friedlander; mais, tandis que les produits de grattage profonds fourmillaient de pneumobacilles, les superficiels, au contraire, étaient pauvres en microbes et présentaient des filaments et des spirilles. Les cultures faites sur différents milieux usuels ont présenté les caractères classiques des cultures du pneumobacille, mais les inoculations faites au cobaye et au lapin ont démontré que ce pneumobacille était doué d'une virulence assez faible.

Au point de vue de l'évolution clinique, l'auteur fait remarquer que cette angine a été très tenace, envahissante au point de produire des fausses membranes occupant tout l'isthme palato-pharyngien, enfin bénigne, car, malgré l'importance des lésions, l'état général du malade n'a pas été déprimé. Quant à la tuberculose pulmonaire, elle continua à évoluer chez ce malade qui, deux mois après, mourait d'une poussée granulique terminale. (*Presse méd*, 5 mars 1902.)

Dr MERCIER BELLEVUE.

Nature et histologie pathologique de l'amygdale pharyngée *(Nature and histo-pathology of epipharyngeal tonsil)*, par M. NORVAL H. PIERCE.

1° Le tissu qui entre dans la composition des végétations adénoïdes est distribué dans tout l'organisme.

2° L'amygdale pharyngée constitue un organe qui se trouve normalement chez tous les sujets.

3° La fonction de cette amygdale est encore inconnue. On ne sait si elle constitue seulement un vestige de l'évo-

lution ou si l'on se trouve en présence d'un processus métabolique ou autre.

4° Sa distribution abondante parmi les représentants les plus variés du règne animal, sa signification embryologique et son identité avec les éléments lymphoïdes de l'organisme permettant de supposer que l'amygdale pharyngée *possède* une fonction.

5° Sa structure histologique et les expériences de Massini et de Genta autorisent à la ranger parmi les glandes à sécrétion interne.

6° Il n'existe pas de rapport étiologique entre la tuberculose, la syphilis et la scrofule, d'un côté, les végétations adénoïdes, de l'autre. Les végétations adénoïdes peuvent être affectées de tuberculose, mais simplement et dans la même mesure que n'importe quel autre organe. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 4 janv. 1902.)

Dr S. JANKELEVITCH.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Technique des injections de paraffine, par le Dr BROECKAERT.

L'auteur se sert non de la vaseline blanche employée par Gersuny, mais de la paraffine solide d'Ekstein, fusible vers 60 degrés, et dont la résorption est négligeable.

La technique de cette méthode n'est pas sans difficulté : la paraffine doit être absolument stérile, et avant de procéder à l'injection, il faut prendre des précautions aseptiques très rigoureuses. L'injection se fait à l'aide d'une seringue stérilisable, d'une capacité de 5 centimètres cubes, à piston, en verre, dont la canule s'adapte à vis au corps de pompe. Pour empêcher la paraffine de se refroidir et de se solidifier trop rapidement, Ekstein entoure sa seringue d'un manchon de caoutchouc ne laissant libre que l'extrémité de la canule.

Avant de procéder à l'injection, on liquéfie la paraffine en plongeant le récipient qui renferme le produit dans l'eau aussi chaude que possible, jusqu'à ce que la paraffine soit dissoute en totalité. La seringue, stérilisée, est alors retirée de l'eau chaude et remplie de paraffine, dont

la température doit osciller entre 63 et 65 degrés. Tenant la peau relevée entre les doigts de la main gauche, l'opérateur procède à l'injection, et un aide délimite soigneusement entre le pouce et l'index la région opératoire. Ce premier temps doit se faire assez rapidement pour empêcher la paraffine de se solidifier dans la seringue; lorsque la quantité de paraffine injectée paraît suffisante, on retire la canule, et on modèle l'organe à l'aide des doigts.

Le modelage achevé, en s'inspirant des règles de l'esthétique, on recouvre l'endroit où la piqûre a été faite d'une compresse aseptique, et deux jours après d'un simple morceau de taffetas.

L'embolie pulmonaire, observée à la suite d'injection de vaseline mal faite, ne peut être observée avec la paraffine solide; il en est de même de la nécrose sus-jacente de la peau. On évitera les eschares en n'injectant pas une paraffine à température trop élevée et en ayant soin de ne pas se servir d'une canule trop chauffée : toute brûlure retarde la guérison de la plaie et laisse une cicatrice plus ou moins visible. En circonscrivant soigneusement le champ opératoire et en ne faisant pas trop brusquement l'injection, on empêchera l'émigration de la paraffine, qui irait former dans le tissu cellulaire interstitiel des dépôts très gênants et des plus disgracieux. Dans les premiers jours, on observe un peu d'œdème de la région, mais en prenant les précautions aseptiques d'usage, on peut éviter tout accident : l'appréciation de la quantité de paraffine à injecter, le choix de l'endroit où la pointe de l'aiguille doit pénétrer, l'exécution du modelage, constituent les points délicats de cette méthode inoffensive, qui donne des résultats superbes.

L'auteur cite deux observations de redressement plastique du nez d'après le procédé de Gersuny-Ekstein couronné d'un plein succès, qui prouvent les services considérables que cette méthode peut rendre en chirurgie. (*Presse oto-laryngol. belge,* n° 2, 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Du traitement de certaines affections purulentes du sinus maxillaire par les orifices naturels, par M. NORVAL H. PIERCE.

L'auteur est convaincu que dans un grand nombre de cas d'affection du sinus maxillaire, l'orifice naturel du sinus ou son orifice accessoire, ce dernier existant très souvent, surtout lorsque la cavité est malade, peut être trouvé, sans le contrôle de la vue, aussi facilement que l'orifice de la trompe d'Eustache.

Avec le secours de l'éclairage et par la rhinoscopie antérieure, le procédé devient encore plus facile. Et, d'ailleurs, l'exploration de l'orifice du sinus maxillaire à l'aide du toucher a été pratiquée, dès 1765, par le dentiste Jourdin.

L'auteur cite les observations de quatre malades, chez lesquels le traitement direct du sinus maxillaire par l'orifice naturel a été fait avec succès, et il formule les conclusions suivantes : vu que les orifices accessoires se rencontrent très fréquemment dans les cas où le sinus maxillaire est malade, on peut les utiliser pour le traitement direct; que l'infection pénètre dans le sinus à travers l'orifice naturel ou l'orifice accessoire, peu importe; toujours est-il qu'avant d'avoir recours au traitement chirurgical, on fera bien d'essayer le traitement direct qui, dans certains cas, peut réussir pleinement. (*Philadelphia med. Journ.*, 21 déc. 1901.) Dr JANKELEVITCH.

LARYNX ET TRACHÉE

Des rapports entre la faculté vocale et la structure de l'organe vocal *(Giebt die verglischende Physiologie eine Antwort auf die Frage nach dem proportionalen verhöltniss zwischen der gesangsleistung und dem Bau des Singorgans ?)*, par M. G. AVELLIS.

L'observation de différents oiseaux chanteurs montre que, d'une façon générale, un organe vocal plus fort et plus différencié accompagne une amélioration de la faculté du chant; mais qu'il existe de nombreuses exceptions où, à côté d'une faculté de chant très développée et élaborée par une sorte d'exercice purement intellectuel, l'appareil muscu-

laire de l'organe du chant ne présente qu'un développement moyen (perroquet); où on rencontre des organes parfaitement développés, auxquels correspond une faculté de chant des plus médiocres (corbeaux), mais susceptible d'une perfection par l'exercice.

On sait aussi que le chanteur mâle possède un organe beaucoup plus fort que la femelle, et que chez les vrais oiseaux chanteurs la musculature fonctionnelle présente un développement considérable par rapport à l'organisme total.

L'auteur dit avec intention que l'augmentation de la faculté du chant est accompagnée par un développement plus grand de l'organe du chant, attendu que les expériences faites dans le domaine ornithologique autorisent de leur côté cette conclusion que ce n'est pas l'organe qui crée la fonction, mais la fonction l'organe.

Les facultés morales transmises par l'hérédité, l'instinct du chant dans notre cas, stimulent la fonction, ce qui a pour effet un développement plus grand de l'organe. La fonction disparue, le développement physique reste acquis, comme chez les femelles des oiseaux chanteurs.

Le degré de développement de l'organe vocal est donc le résultat d'un travail, le produit d'une fonction. Il est en raison directe de la somme de travail fourni.

Les mêmes lois sont applicables au larynx humain, et un larynx ayant subi un long exercice présentera à l'autopsie, à la suite de ce long travail, un développement très prononcé de la musculature qui échappe toutefois sur le vivant et à l'examen laryngoscopique, car, pour prononcé qu'il est, il n'atteint jamais de proportions, pour ainsi dire, athlétiques. C'est que le chant est une création d'art, et non un produit de la force. Au point de vue de l'exactitude, le terme *larynx de chanteur* ne répond à rien de réel. Tout larynx exercé, que ce soit celui d'un comédien, d'un orateur, d'un prédicateur, ou tout simplement celui d'un crieur public, doit, après la mort, ressembler de tous points à celui d'un chanteur.

Ce qu'il y a de spécifique chez le chanteur se trouve

dans sa tête et non dans son larynx. Le sens du rythme, du tact, de la tonalité, de la hauteur et de la pureté du son, la mémoire musicale et la faculté psychique d'expression, tels sont les caractères qui distinguent un chanteur et, ajoute l'auteur, on ne peut pas plus juger du talent d'un chanteur d'après son larynx que du talent musical de Sarascate d'après sa main. (*Archiv f. Laryngol.*, XII, 2, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

OREILLES

De la croissance des cholestéatomes *(Zum Mechanismus des Wachstmus der Cholesteatome)*, par le Dr EPHRAIM, de Breslau.

Kuhu et Pause croient que le cholestéatome s'accroît en atrophiant sa coque osseuse par une pression lente, mais continuelle.

L'auteur n'admet pas leur manière de voir, et il se base sur les faits suivants :

1° Les préparations microscopiques du périoste environnant montrent une hyperplasie très nette de tous les vaisseaux, ce qui ne correspond pas avec l'idée d'une atrophie.

2° Pourquoi la pression concentrique de la tumeur ne serait-elle pas assez forte pour atrophier le noyau cholestéatomateux, du moment que celle qui s'exerce à la périphérie est assez considérable pour atrophier l'os?

3° Si la tumeur s'accroît de cette façon, la pression devrait s'exercer surtout dans la direction de la caisse et du conduit, là où elle rencontre le moins de résistance, et les faits cliniques sont là pour prouver qu'il n'en est pas ainsi.

4° En dernier lieu, l'auteur rapporte une observation personnelle très concluante d'un cholestéatome volumineux opéré d'après les règles ordinaires, c'est-à-dire avec plaie rétro-auriculaire laissée ouverte. Le moule à la paraffine, pris de six mois en six mois, montrait nettement que la cavité augmentait de volume : de 6 3/4 centimètres cubes, elle montait successivement à 7 1/4, 7 3/4,

pour atteindre, un an après, 8,25 centimètres cubes. Il faut dire que, de temps en temps, on était forcé d'enlever des lamelles cholestéatomateuses récidivantes.

Le cholestéatome n'a évidemment pas pu agir ici par compression, puisque la principale tumeur avait été enlevée. On doit donc admettre avec Kirschner que la croissance se fait par envahissement des vaisseaux, ischémie et nécrose consécutive. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 3 et 4.)

Dr BERTEMES.

NOUVELLES

— **Société belge d'otologie, de rhinologie et de laryngologie.** — Nous avons l'honneur de rappeler que la prochaine réunion de la Société belge d'otologie, de rhinologie et de laryngologie, aura lieu le *dimanche 1er juin*, à Bruxelles.

Prière de vouloir bien faire parvenir au Secrétaire, *avant le 15 mai*, le titre des communications, afin de permettre de dresser en temps utile l'ordre du jour de la séance.

Le Président,
Dr GORIS.

Le Secrétaire,
Dr C. HENNEBERT,
8, rue d'Egmont.

— **American laryngological and otological Society.** — Afin de rendre la prochaine réunion de l'American laryngological and otological Society aussi intéressante et instructive que possible, le Comité prie les Membres qui font partie de la Société de vouloir bien envoyer quelques spécimens intéressants, gravures ou photographies, pour exposer. Le nom de l'exposant et la description de la pièce devra accompagner chaque article envoyé.

Le Comité fera le nécessaire pour conserver et retourner en bon état les différents spécimens qui auront pu lui être envoyés. Ces derniers devront être adressés à M. le Dr WALTER A. WELLS, 1133 Fourteenth Street, Washington, D. C.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 20. 17 MAI 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAITEMENT
DES STÉNOSES FIBREUSES DU LARYNX[1]

Par le Dr **COLLINET**, de Paris.

Les sténoses fibreuses du larynx sont rares comparativement aux sténoses aiguës, et aux sténoses par paralysie, tumeur, compression, etc.; leur traitement n'en est pas moins très intéressant à cause de sa difficulté même et des nombreuses tentatives dont il a été l'objet; tentatives parfois couronnées de succès, parfois bien décevantes à cause de la somme de patience et d'effort dépensés en pure perte.

Cette étude aura en vue surtout les sténoses cicatricielles et aussi les sténoses inflammatoires chroniques, aboutissant à la formation d'épaississements plus ou moins fibreux des tissus mous du larynx.

Le traitement peut être préventif, palliatif ou curatif.

Traitement préventif. — La prophylaxie de ces rétrécissements consistera à lutter contre les causes occasionnelles des sténoses qui peuvent survenir spontanément ou à la suite d'un traumatisme.

On s'opposera dans la mesure du possible à la constitution d'un rétrécissement ultérieur en soignant dès le début les

1. Résumé du rapport à la Société française de laryngologie, mai 1902.

laryngites diverses aiguës, phlegmoneuses, en ouvrant rapidement les collections purulentes auxquelles elles peuvent donner naissance. Un tubage rapide et une dilatation précoce dans les laryngites aiguës suffocantes, dans les laryngites sous-glottiques pourront s'opposer à la constitution ultérieure d'un rétrécissement fibreux. Dans la laryngite sous-glottique hypertrophique chronique, on supprimera de bonne heure toutes les causes d'irritation qui portent sur le larynx.

Les laryngites au cours des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde seront surveillées de près et traitées dès le début pour éviter les infections secondaires et les inflammations profondes du périchondre et du cartilage.

Les localisations laryngées de la lèpre, de la tuberculose, des lupus, du sclérome, mais surtout celles de la diphtérie, de la syphilis, seront traitées au point de vue local et général d'une façon précoce, rapide et énergique; ce qui enrayera souvent la maladie si on arrive à temps, et empêchera les lésions graves aboutissant plus tard à la fâcheuse rétraction cicatricielle.

Une surveillance attentive du larynx dans les différents traumatismes auxquels il est exposé pourrait avoir une heureuse influence sur la marche ultérieure des lésions.

Dans les *brûlures* du larynx, la trachéotomie sera préférable au tubage.

Dans les fractures on pratiquera de suite soit la trachéotomie, soit la thyrotomie, soit le tubage pour prévenir les complications ultérieures. Dans les plaies par instrument tranchant, la suture immédiate sera de règle en général, avec ou sans trachéotomie et tubage ultérieur.

Les interventions chirurgicales portant sur le larynx peuvent être parfois la cause d'un rétrécissement très serré de l'organe.

Le *tubage* a été souvent incriminé; lorsqu'il est fait imprudemment ou par une main inexpérimentée (déchirure d'une corde vocale, déchirure de la muqueuse, embrochement du

larynx, fracture du cricoïde, etc.); lorsque le tube non aseptisé provoque une suppuration; lorsque le tube par sa pression provoque l'ulcération d'une muqueuse déjà malade. On a accusé la multiplicité des tubages, la matière du tube, son frottement sur les parois, de favoriser ces lésions. La cause la plus importante est la longue durée de l'intubation, surtout si elle coexiste avec un état général mauvais.

Pour parer à ces inconvénients, on a proposé la suppression systématique de l'intubation au bout de six à huit jours et même avant s'il existe une rougeole (Sevestre), au bout de cent vingt heures (Wiederhofer, Ranke, Heubner), au bout de deux heures à trente-deux heures (Ganghofner). Variot fait un simple écouvillonnage du larynx avec le tube.

Lorsqu'on est sûr de l'existence d'une lésion laryngienne entretenue par le tube on aura recours à la trachéotomie. Cette lésion pourra être constatée par la laryngoscopie, ou soupçonnée, s'il existe une tache noire sur le tube, si on est obligé de retuber le malade très peu de temps après une détubation.

Certains procédés spéciaux pourront permettre dans ces cas de continuer l'intubation : l'emploi de tube de petit calibre, le nettoyage du tube aussi rare que possible, tous les quatre ou cinq jours, l'emploi de tubes garnis de gélatine et d'alun (O'Dwyer, Bokay), des modifications diverses apportées dans la forme, la matière, les dimensions du tube.

La *trachéotomie* primitive ou secondaire au tubage joue un rôle important dans la production de la sténose. Elle agit soit directement, soit indirectement.

L'influence directe de la trachéotomie ne peut s'observer que dans les cas de trachéotomie haute (inter-crico-thyroïdienne, crico-trachéotomie). C'est généralement l'irritation causée par la canule dans le larynx qu'il faut accuser dans ces cas, surtout si la canule est mal appropriée au larynx dans lequel elle est mise (canule trop volumineuse, canule à plaque fixe, canule fenêtrée sur un point trop rapproché ou

trop éloigné de la plaque). On a essayé de parer à ces inconvénients par différents modèles de canule ou par la mise en place de simples écarteurs (canule de Chappell, valves de Smith, de Santi, dilatateur d'Egidi, canule de Gersuny). La trachéotomie peut agir indirectement sur la formation du rétrécissement en mettant le larynx au repos absolu, et en favorisant ainsi les rétractions cicatricielles et les adhérences; en favorisant les altérations de la muqueuse privée d'air (Stoerk), opinion fortement combattue par Gouguenheim; en provoquant la formation de granulations ou en favorisant leur développement. On combattra cette influence fâcheuse de la trachéotomie, en choisissant une canule s'adaptant bien au larynx, en abrégeant le plus possible la durée du port de la canule, en pratiquant l'ablation des granulations; en ayant recours de bonne heure au tubage s'il est possible.

Les *opérations endo-laryngées* si elles sont très étendues en surface peuvent provoquer la constitution d'une sténose cicatricielle ultérieure.

Les *opérations laryngées* par voie externe peuvent avoir le même résultat surtout si elles portent sur le squelette cartilagineux de l'organe, on préviendra la rétraction cicatricielle par des greffes ou des autoplasties.

Traitement palliatif. — Le traitement palliatif des rétrécissements fibreux du larynx consistera à assurer la respiration du malade qui pour des raisons diverses ne peut se soumettre à un traitement curatif ou sur lequel les différents procédés de cure auront échoué. Dans la plupart des cas le traitement palliatif précédera l'emploi des méthodes curatives dont il n'est pour ainsi dire que le premier temps.

Ce traitement se réduit à un moyen : la trachéotomie.

Le tubage donne dans certaines sténoses chroniques de si beaux résultats qu'on peut le décrire parmi les procédés curateurs; dans d'autres formes de rétrécissements suffisamment larges pour permettre le passage du tube, mais très

élastiques et récidivant facilement, le tubage ne peut être considéré que comme un moyen palliatif, car le malade est réduit à y avoir recours indéfiniment, à des intervalles plus ou moins éloignés.

Dans les sténoses d'origine tuberculeuse il faudra être très circonspect pour l'emploi du traitement curateur, qui peut réveiller de vieilles lésions et provoquer même la mort (Solis-Cohen), on en sera réduit à la trachéotomie le plus souvent. De même dans la lèpre et dans certains cas de lupus. Pour cette dernière affection cependant on pourra dans certains cas avoir recours à la dilatation et au tubage avec applications de topiques et emploi du curettage, qui a donné quelques résultats favorables (Gavino, Bourger), mais on ne devra employer ces moyens qu'avec la plus extrême prudence.

Traitement curatif. — Ce traitement se réduit à deux méthodes : la dilatation; la suppression chirurgicale du rétrécissement.

La dilatation peut se faire avant ou après la trachéotomie.

Avant la trachéotomie, on ne peut songer à faire la dilatation que dans les cas de rétrécissement suffisamment large pour admettre les instruments dilatateurs, sans risque de complication ultérieure, on devra néanmoins avoir sous la main tout ce qu'il faut pour faire la trachéotomie en cas de réflexe provoquant une crise asphyxique. Dans les heures qui suivent la dilatation, le malade devra être surveillé de près pour pouvoir parer à une sténose aiguë résultant du gonflement des sinus traumatisés par l'agent dilatateur.

Les *dilatateurs à branches divergentes* ont été employés dans quelques cas, leur action est un peu brutale, et leur emploi nous semble dangereux avant la trachéotomie.

Les *tubes de Schroetter* en caoutchouc durci ou en métal donneront souvent de bons résultats, on commence par des séances courtes, qu'on prolongera suivant la tolérance du

malade. Plus tard, on pourra apprendre au patient à se passer lui-même le tube. Il sera plus prudent d'espacer les séances au début.

On a reproché aux tubes de Schroetter de produire des érosions de la muqueuse, des gonflements inflammatoires ultérieurs, de nécessiter un temps très long pour donner un résultat appréciable.

Les *tubes d'O'Dwyer* sont préférables dans le tubage avant la trachéotomie. O'Dwyer lui-même les a employés dans le traitement des rétrécissements chroniques du larynx dès 1885 et en a eu d'excellents résultats. La grosseur et la forme des tubes variera suivant l'âge du malade, la dimension et la forme du rétrécissement, qu'on appréciera si possible au laryngoscope.

Chez l'enfant, on pourra laisser le tube en place pendant vingt-quatre à trente-six heures, puis après un repos de trois à quatre heures, on essaiera de passer un tube de calibre supérieur ou le même tube, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une dilatation suffisante; ensuite, on espacera davantage les séances (Boulay).

Chez l'adulte, dont les tissus sont plus résistants, on pourra laisser le tube en place plusieurs jours; on devra se guider pour cela sur la façon dont le malade supporte l'instrument. Par ce procédé, la dilatation est plus rapide que par les tubes de Schroetter.

Après la trachéotomie. — Les procédés de dilatation sont plus nombreux et aussi plus faciles à employer en général, car on ne redoutera pas les crises asphyxiques que peuvent déterminer les manœuvres de dilatation sans trachéotomie. De plus, la sténose sera abordable soit par la voie buccale, soit par la plaie de trachéotomie. Suivant les instruments qu'on emploie, la dilatation est de courte durée ou prolongée.

La dilatation à courtes séances comprend l'emploi de divers instruments :

Les dilatateurs à branches divergentes semblent plus

faciles et moins dangereux à employer après cette intervention. Ils font de la dilatation rapide ou plutôt de la divulsion si on les manie avec trop d'énergie, d'où la possibilité de créer des plaies de la muqueuse et d'occasionner des rétrécissements ultérieurs plus serrés si on ne surveille pas le malade. Dans certains cas, cependant, ils peuvent donner de bons résultats. Ces instruments sont construits sur le principe de la pince à écartements. Tels sont :

La pince de Fauvel ;

Le dilatateur à quatre branches de Navratil ;

Le dilatateur de Morell Mackenzie, à trois branches, avec *deux écartements produits par une vis ;*

Le dilatateur à branches parallèles de Constantin Paul ;

Le dilatateur à quatre branches de Moure ;

Le dilatateur de Bar, etc...

Tous ces instruments s'introduisent de haut en bas à l'aide du doigt ou mieux à l'aide du laryngoscope ; la dilatation sera faite doucement, les séances seront répétées tous les jours ou tous les deux ou trois jours suivant la tolérance du malade. Dans certains cas, ces dilatateurs pourront être introduits de bas en haut par la plaie trachéale ; on pourra employer aussi à cet usage, mais par cette dernière voie seulement, le dilatateur trachéal à deux branches, ou le dilatateur de Laborde, ou encore celui de Schroetter à trois branches.

Égidi a attaché son nom à une méthode plus complexe qui repose surtout sur la divulsion combinée avec le tubage. Les premières séances sont faites sous le chloroforme.

Les *tubes de Schroetter* peuvent être employés après la trachéotomie comme avant ; on remplacera la canule à trachéotomie ordinaire par une canule fenêtrée permettant de voir le bec de la sonde arriver dans la trachée.

Les *mandrins métalliques de Garel* sont des tiges de cuivre dont la courbure est un peu moins prononcée que celle des tubes de Schroetter ; leur courbure se rapproche de celle des

pinces œsophagiennes. Pour Garel, en effet, plus on doit pénétrer bas dans le larynx, plus la courbure doit se rapprocher de celle des instruments œsophagiens. Ces tiges sont graduées en série de calibres différents. Leur introduction se fait de haut en bas sous le contrôle du miroir ou du doigt; on doit éviter de forcer. On s'assure que le tube a bien pénétré dans le rétrécissement, comme pour les tubes de Schroetter, au moyen d'une canule fenêtrée largement. Le mandrin ne peut rester que quelques minutes en place, d'où la nécessité de recommencer les séances tous les jours ou tous les deux jours.

Les *cathéters de Boulay* sont des tiges de métal blanc nickelé, convenablement courbées et graduées. Ces tiges sont au nombre de sept, leur diamètre varie de deux à cinq millimètres, la graduation d'une tige à l'autre étant d'un demi-millimètre. Elles sont rigides et pleines pour augmenter leur résistance, car elles ont à subir un certain effort pour pénétrer dans le larynx. Elles sont rectilignes dans leurs deux tiers postérieurs et incurvées comme tous les instruments destinés au larynx dans leur tiers antérieur. Leur corps est cylindrique et leur extrémité en forme de cône émoussé. Elles se fixent au moyen d'une vis à pression sur un manche commun, fort et pesant, de façon à être bien en main.

La canule de contrôle est une canule à trachéotomie largement fenêtrée, sans canule interne; à paroi deux fois plus épaisse que les canules ordinaires. A la partie inférieure de la canule, il existe une autre fenêtre plus petite permettant le passage de sondes en gomme pour les rétrécissements très étroits.

Comme on est obligé de déployer un peu de force pour passer ces cathéters, on est exposé à faire fausse route. Il faudra recourir à l'emploi de ces instruments si on a trop de difficulté à trouver le trajet du rétrécissement ou si ce trajet est trop incurvé.

Dans la dilatation prolongée, on abandonne à demeure les instruments dilatateurs pendant plusieurs heures et parfois

beaucoup plus longtemps, suivant la tolérance du malade. En général, les résultats obtenus de cette façon sont beaucoup plus rapides qu'au moyen de la méthode précédente. Les tubes d'O'Dwyer peuvent être employés de cette façon après trachéotomie aussi bien qu'avant.

Les *olives métalliques de Trendelenbourg* s'introduisent à l'aide d'un fil dans le larynx.

Les *olives de Schroetter,* en zinc, s'introduisent au moyen d'une tige creuse sur laquelle on les fixe par un fil de traction. Elles sont maintenues en place par une rainure faite dans la convexité de la canule trachéale.

Ces olives sont parfois difficilement tolérées.

Les *fils dilatateurs à demeure* ont été employés par Newmann, on passe d'abord un fil, puis plusieurs qu'on laisse jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante pour permettre à un instrument plus volumineux de passer.

Des *sondes en gomme ou en caoutchouc* ont été introduites de haut en bas ou de bas en haut dans le larynx, en cas de rétrécissement très étroit, elles sont assez bien tolérées. Ebstein introduit un caoutchouc tendu qui, abandonné à lui-même dans le larynx, a tendance à reprendre son volume primitif et à dilater le rétrécissement.

Les *laminaires* employées par Hering, puis par Corradi et Secretan, sont introduites à l'aide d'un fil, de bas en haut, dans le larynx, où elles font une dilatation très active en six à douze heures, on les fixe au moyen d'une canule à trachéotomie à petite fenêtre par où passe le fil inférieur de la laminaire. Une fois gonflée, la laminaire est retirée par la bouche.

Les canules dilatatrices sont destinées à dilater le rétrécissement d'une façon prolongée au moyen de branches qu'elles portent et qui peuvent s'écarter l'une de l'autre par divers mécanismes ; on ne doit pas les confondre avec les canules simplement conformatrices qui s'emploient surtout pour conserver un résultat acquis soit par la dilatation, soit par la laryngo-fissure.

Une des canules dilatatrices les plus anciennes est la *canule à ailettes de Lefort*.

La *canule à ailettes de Stoerk* se compose d'une canule à trachéotomie fenêtrée largement. Dans cette fenêtre s'introduisent sur une monture spéciale deux demi-cylindres, à extrémité arrondie, destinés à s'écarter dans le larynx.

Dans *la canule à ailettes de Schroetter* l'écartement des ailettes se fait dans le sens antéro-postérieur.

Les *canules laryngo-trachéales ou canules en T* se composent essentiellement de deux parties :

Un tube trachéal ordinaire fenêtré ;

Un tube laryngien plus court s'engageant dans la fenêtre du premier. Ce tube laryngien est fenêtré lui-même en face de la lumière du tube trachéal pour permettre la respiration. On peut, en obstruant l'orifice externe, faire respirer le malade par le larynx. C'est pour cette raison qu'on les a appelées canules à double courant.

Suivant les auteurs, ces canules subissent de petites variations de construction (Billroth, Güssenbauer, Wegener, de Ponthière, Boulay, Bruns).

La *canule de Lüning* mérite d'être signalée d'une façon particulière. Le tube trachéal est analogue à celui de toutes les canules fenêtrées ; mais il peut livrer passage à une série de tubes laryngiens de différents volumes. Ces tubes sont cylindriques inférieurement, puis prennent insensiblement la forme triangulaire à base postérieure et à angles arrondis pour s'adapter à la forme de la glotte.

SUPPRESSION DU RÉTRÉCISSEMENT. OPÉRATIONS ENDO-LARYNGÉES. — Dans certains cas où les rétrécissements sont peu serrés ou peu étendus en hauteur, on a pu les sectionner avec succès ou extirper plus ou moins complètement une cloison membraneuse formant diaphragme, en manœuvrant simplement par la bouche.

Delore, de Lyon (1864), incisait les adhérences membra-

neuses des cordes au moyen du lithotome simple du Frère Côme.

Langenbeck a pu sectionner des brides fibreuses avec un long ténotome recourbé.

Eysell, introduisant un ténotome entre les cartilages du larynx, a pu, en se guidant avec le laryngoscope, sectionner une adhérence des cordes vocales consécutive à une plaie du cou.

Elsberg, dès 1874, se servait du galvanocautère laryngien pour inciser des brides fibreuses.

Nous ne pouvons décrire ici les multiples instruments inventés par les différents auteurs pour opérations endo-laryngées. Parmi ces appareils aussi nombreux que variés, quelques-uns peuvent rendre de réels services pour permettre d'inciser une bride, de perforer une membrane, d'enlever une languette fibreuse ou de supprimer une adhérence constituée. Ceux qui seront le plus utiles dans les cas qui nous intéressent sont : le bistouri à lame cachée, les pinces emporte-pièce agissant dans différents sens, et surtout la pince agissant dans le sens vertical. On n'a que l'embarras du choix au milieu de l'arsenal laryngologique moderne. Signalons entre tous le dilatateur à lame tranchante et cachée de Whister. Cet instrument, qui se manœuvre à l'aide du laryngoscope, incise le rétrécissement en même temps qu'il en commence la dilatation.

En général, le galvanocautère nous semble peu indiqué pour l'incision d'une sténose et moins encore pour sa destruction à cause de la rétractilité considérable que possèdent les cicatrices occasionnées par ces cautérisations.

L'emploi des opérations endo-laryngées sera très utile dans les rétrécissements membraneux comme certains rétrécissements congénitaux, par exemple. Il pourra donner, seul ou combiné avec la dilatation, des guérisons rapides et durables.

Électrolyse. — L'électrolyse est une méthode peu employée pour le traitement du rétrécissement du larynx; la seule

observation que nous ayons rencontrée est celle des Drs Boulay et Boulai, communiquée au Congrès de 1900. Le résultat remarquable obtenu par ce procédé est propre à encourager les tentatives dans ce sens. Le côté ennuyeux de la méthode est qu'elle nécessite un outillage compliqué.

Boulay emploie comme *électrode active* laryngienne une forte aiguille en platine iridié, montée sur un support isolant, ayant la forme de tous les instruments laryngiens et introduite sous le contrôle du miroir.

L'électrode positive est formée par une large plaque de métal, recouverte de peau et imprégnée d'eau salée sur laquelle le malade appuie la main droite.

On fait passer le courant en l'augmentant lentement en l'espace de dix à douze secondes, jusqu'à 3 à 4 milliampères. La durée du séjour de l'aiguille est de deux à trois minutes en moyenne. On peut faire deux et parfois trois applications en des points différents dans une même séance.

La production abondante de salive est très gênante et force le malade à déglutir pendant que l'aiguille est en place; c'est surtout cet inconvénient qui oblige à interrompre le courant. La douleur est minime quoique très désagréable. Les séances sont renouvelées tous les huit ou dix jours.

L'électrolyse est donc un moyen précieux à ajouter à la liste des méthodes de traitement des rétrécissements laryngés. Il nous semble que dans des cas analogues, l'*électrolyse linéaire* pourrait être essayée; elle serait d'un emploi plus commode et plus rapide.

Opérations par voie externe. — Certains rétrécissements sont rebelles à toutes les tentatives de dilatation lente ou rapide par les différents procédés que nous venons d'exposer. Les uns, après s'être laissé dilater jusqu'à un certain degré, sont tellement résistants ensuite qu'il devient impossible de les dilater davantage; les autres se laissent dilater facilement au point qu'on peut passer les plus gros numéros des tubes

de Schroetter; mais, aussitôt l'agent dilatateur enlevé, les tissus, extrêmement élastiques, reprennent leur place, et la dilatation reste, en somme, inutile.

C'est pour ces cas rebelles, souvent impossibles à traiter avec succès par la voie endo-laryngée, qu'on a songé à se faire jour directement sur les tissus sténosés, à travers les cartilages du larynx.

Laryngo-fissure. — La laryngo-fissure, ouverture médiane verticale du larynx, peut se limiter à l'incision du cartilage thyroïde seul (thyrotomie) ou comprendre l'incision du thyroïde et du cricoïde (laryngotomie totale ou laryngo-fissure proprement dite).

Si l'examen laryngoscopique a fait reconnaître une sténose limitée en hauteur, il sera inutile de faire la laryngofissure complète; on pourra se contenter d'une laryngotomie partielle, soit une thyrotomie si le rétrécissement siège haut, soit une cricotomie s'il est dans la région sous-glottique inférieure.

Les instruments tranchants, bistouri, ciseaux, pinces emporte-pièce, sont les instruments préférables à employer pour l'extirpation du tissu fibreux. Les thermo ou galvanocautère vont lentement, gênent la vue par les modifications qu'ils font subir aux tissus et risquent de provoquer des eschares occasionnant un nouveau rétrécissement.

Si l'instrument tranchant a l'inconvénient de faire saigner, il a l'avantage de limiter son action aux points que l'on veut. Il est facile d'arrêter le sang avec des tampons imbibés, au besoin, d'eau oxygénée.

Il est important de suturer aussi exactement que possible les deux parties du thyroïde pour l'intégrité de la fonction vocale, surtout si la glotte n'est pas lésée.

Après l'opération. — La question du pansement, de la surveillance de la plaie pour l'empêcher de se rétracter et de reproduire un rétrécissement est extrêmement importante.

En général, on tamponne la région opérée avec une mèche de gaze iodoformée pour arrêter l'écoulement sanguin; cette

mèche est retirée soit par une fissure laissée dans l'espace thyro-cricoïdien à cet effet, soit par la partie supérieure de la plaie trachéale, immédiatement au-dessus de la canule.

D'autres auteurs préfèrent introduire immédiatement dans le larynx un tube destiné à calibrer le canal aérien et à empêcher la sténose de se reproduire. Divers instruments peuvent être employés à cet usage :

Un tube à intubation ordinaire qui pourra ultérieurement être extrait par voie buccale (Bokay). On court le risque de voir rejeter prématurément ce tube et de ne pouvoir le replacer que très difficilement ou aux dépens des sutures cartilagineuses.

Une canule en T laryngo-trachéale. — Ces canules sont destinées à assurer la respiration par le tube trachéal et à empêcher, par le tube laryngien, la reproduction du rétrécissement.

Le résultat avec ces canules n'est pas toujours aussi bon qu'on se croyait en droit de l'espérer à cause de l'irritation qu'elles causent dans le larynx.

Une canule en verre de Mikulicz; canule longue, cylindrique dans toute son étendue, prismatique en haut quand son emploi nécessite qu'elle remonte jusqu'à la glotte. Cette canule présente sur sa longueur une légère incurvation à concavité postérieure, pour épouser la forme du canal laryngo-trachéal. A sa partie antérieure est soudée perpendiculairement une tige de verre solide et large qui sert à l'introduction et qui sert de moyen de fixité en venant reposer sur la partie inférieure de la plaie trachéale. Cette canule doit être placée soit immédiatement après la laryngo-fissure, soit deux ou trois jours plus tard au moment du premier pansement. Il est nécessaire, pour cela, que la plaie trachéale soit d'une assez grande longueur.

Kümmel reproche à cet instrument sa fragilité et ses grandes dimensions, qui sont très gênantes quand on veut le retirer.

Un tube de caoutchouc à parois épaisses et résistantes. — Comme les tubes en caoutchouc amiantés qui servent pour les injections de sérum, ils sont souples et résistants. Ils peuvent se stériliser à l'eau bouillante, s'adaptent parfaitement aux parties sur lesquelles ils séjournent sans les irriter (Boulay). La partie inférieure du tube est taillée en biseau sur une longueur de 2 ou 3 centimètres, ce qui permet de la couder et de la faire sortir par le sommet de la plaie trachéale, immédiatement au-dessus de la canule. On la fixe par un fil attaché au cou ou fixé à la peau par du collodion.

Ce tube conformateur du larynx doit rester assez longtemps en place, au moins un mois, jusqu'à ce que la plaie soit épidermisée. Quand on l'a retiré, on doit surveiller le larynx pendant quelque temps pour parer à une récidive ou à un spasme.

Une canule trachéale faisant dilatateur. — Dans un cas observé, avec le Dr Castex, chez une femme de trente ans porteuse d'un rétrécissement sous-glottique serré, la sténose fut largement incisée en plusieurs sens après la thyrotomie et bourrée avec un tampon de gaze iodoformée. Au premier pansement la gaze fut retirée et remplacée par une canule trachéale volumineuse, introduite dans l'espace crico-thyroïdien et pénétrant à travers la sténose ainsi dilatée. Au bout de quelques semaines, la canule fut retirée, la malade n'éprouvant plus aucune gêne respiratoire. On fit quelques séances de dilatation avec les tubes de Schroetter; le résultat fut excellent.

Pansement: — Certains opérateurs, comme Von zur Müllen, préfèrent ne mettre aucun tamponnement dans le larynx après la laryngo-fissure et n'y introduisent aucun tube conformateur. Il vaut mieux, d'après eux, si le suintement sanguin post-opératoire n'est pas considérable, s'abstenir de tout pansement intra-laryngien et de toute canule. Ces objets jouent le rôle de corps étrangers et ne font qu'irriter la plaie, retarder la guérison et augmentent les chances de récidive de

la sténose. Si on laisse la plaie à elle-même, dans les cas où cela est possible, elle s'épidermise rapidement et ne nécessite aucun pansement ni soin particulier. On se contentera seulement de surveiller le point où se trouvait le rétrécissement, et, si on remarque une tendance à la récidive, on a recours de suite à la dilatation. Le même auteur conseille, lorsque cela est possible et quand le malade peut être surveillé de très près, après l'opération, de supprimer d'emblée la canule et de suturer la plaie trachéale immédiatement après la plaie laryngienne.

Cette conduite, appliquée maintenant dans les cas de laryngo-fissure ou de trachéotomie pour corps étrangers (Moure), est certainement favorable à une guérison rapide; mais, pour les cas de rétrécissements fibreux opérés, elle demande une surveillance très étroite du malade.

Dans certains cas de rétrécissements récidivant, on peut laisser le larynx se cicatriser à l'air libre, en surveillant et tamponnant directement la plaie intra-laryngienne, de façon à empêcher la récidive de la sténose (Jaboulay). On ferme alors le larynx plus tard par une autoplastie. Ce procédé n'a pas donné de résultats bien brillants : la cicatrisation est fort longue; on n'est autorisé à l'employer que dans les cas de rétrécissement invétéré et récidivant.

Les résultats de la laryngo-fissure ne sont pas toujours très satisfaisants; souvent on est obligé de faire ultérieurement de longues séances de dilatation pour empêcher le retour du rétrécissement, ou bien le malade est condamné à porter pendant de longs mois une canule ou un tube pour maintenir le résultat acquis. Quels que soient les soins consécutifs et le mode de pansement employé, il est des sténoses qui ont toujours tendance à se reproduire. Pour éviter cette reproduction de tissu fibreux rétractile, on a eu recours à divers artifices opératoires que nous allons passer en revue maintenant.

Greffes de Thiersch. — Gersuny, en 1895, a eu l'idée de recouvrir les parties cruentées, après l'ablation d'un rétrécis-

sement fibreux du larynx, au moyen de greffes de Thiersch. Le résultat de son opération ne fut pas parfait, car, à la suite, l'expiration pouvait bien se faire par les voies naturelles, mais l'inspiration était impossible. Alapy a été plus heureux chez un enfant de quatre ans porteur d'un rétrécissement serré du larynx, suite de diphtérie et de tubage, et ayant subi déjà une fois la laryngo-fissure. Dans une seconde intervention, Alapy pratiqua une longue incision médiane trachéo-laryngienne, excisa les tissus de cicatrice sur une hauteur de 1 centimètre environ, et remplaça les parties enlevées par un lambeau épidermique enlevé à la partie supérieure de la face interne de la cuisse. Un cylindre de gaze fut introduit dans le larynx et fixé avec deux points de suture provisoire pour maintenir la greffe en place. Le huitième jour, le tampon fut enlevé : la greffe avait pris ; on introduisit une canule en T, et la plaie extérieure du larynx fut recousue. Résultat excellent. Guérison.

Ce procédé a été employé encore par Lénart, chez un homme opéré de papillomes multiples, dans le but de prévenir une sténose cicatricielle. Herczel y a eu recours aussi pour un enfant porteur d'un rétrécissement.

En somme, c'est un procédé qui pourra rendre service dans certains cas donnés ; il mérite d'être employé plus fréquemment.

Autoplastie. — Lorsque la perte de substance est très considérable, ou lorsqu'on craint une récidive d'un rétrécissement grave, on pourra insérer dans le larynx, si les cartilages sont sains, un lambeau de peau emprunté à la région voisine et qui sera destiné à remplacer la muqueuse absente (Glück).

C'est surtout dans les cas où la sténose s'accompagne de pertes de substance du squelette que les tentatives d'autoplastie ont été faites au moyen de lambeaux cutanéo-périostés et osseux, par Schimmelbusch, Lardy, König, Bier, etc., ou encore avec des fragments de cartilages accompagnés de leur périchondre et de la peau qui les recouvre ; les fragments

cartilagineux peuvent être empruntés au thyroïde (König), à un cartilage costal (Mangoldt, Niehues).

Schimmelbusch emprunta son lambeau osseux au sternum. Photiadès et Lardy firent leur prise sur la clavicule. Glück insère parfois un corps étranger résistant comme un fragment d'ivoire, par exemple, entre deux lambeaux cutanés. Tous ces auteurs ont eu des succès par ces procédés différents; leurs tentatives sont donc très encourageantes pour l'avenir.

Que deviennent les fragments de tissus osseux ou cartilagineux ainsi transplantés? Quelques-uns se résorbent en grande partie, d'autres s'éliminent par suppuration, d'autres persistent. Même ceux qui s'éliminent peuvent être utiles en assurant momentanément la forme de l'organe et en aidant à la production d'un tissu fibreux plus un moins résistant qui pourra empêcher l'affaissement des tissus mous (Gravitz).

A côté de ces opérations autoplastiques, nous devons signaler la résection large des points stricturés, qu'on sera autorisé à faire quand les premières n'auront pas donné de résultat ou n'auront aucune chance de succès.

Résection partielle du larynx. — Cette opération a été pratiquée pour la première fois, croyons-nous, par Heine, en 1873, pour une périchondrite sclérosante et ossifiante du larynx de nature probablement syphilitique.

Dans certains cas graves, cette résection sous-périchondrique des cartilages n'est pas suffisante à empêcher la sténose (Jaboulay); dans d'autres, il y a une oblitération complète de la région sous-glottique, vouée aux récidives ou se prêtant mal à l'autoplastie. C'est dans ces conditions qu'une résection transversale complète d'une partie du larynx se trouve autorisée. Glück et Zeller ont réglé expérimentalement la technique de cette intervention.

Extirpation du larynx. — Lorsque les multiples procédés que nous venons de décrire ont échoué ou semblent impraticables, il semble logique d'abandonner le malade à lui-même avec sa canule trachéale lui assurant la respiration. Dans

certains cas, cependant, lorsque le malade le réclame, sera-t-on autorisé à faire une extirpation du larynx de façon à pouvoir placer un larynx artificiel et rendre la parole au malade? Krause et Jaboulay ont tranché la question par l'affirmative.

Étant donné le pronostic encore sérieux des laryngectomies totales, il nous semble que cette opération n'est pas justifiée par une sténose, même complète, du larynx, si cette sténose n'est pas compliquée de lésions suppuratives des cartilages ou d'autres lésions.

Après cet exposé des différentes méthodes employées pour le traitement du rétrécissement fibreux du larynx, il est évident qu'on devra, dans un cas donné, commencer le traitement par les moyens les plus simples et les moins dangereux en les combinant les uns avec les autres, suivant les cas en présence desquels on se trouvera. On ne devra arriver aux interventions chirurgicales sérieuses qu'après échec des tentatives de dilatation ou d'opération endo-laryngée.

Pour le choix du procédé à employer, on devra tenir grand compte de la nature et de la cause du rétrécissement, de son siège, de son étendue en hauteur, de son degré de coarctation et aussi de l'âge du malade.

On se souviendra toujours que cette affection est essentiellement récidivante, et on devra surveiller le malade longtemps même après la guérison pour empêcher le retour des accidents.

En somme, la méthode qui domine tout le traitement des sténoses fibreuses laryngées est celle de la dilatation; mais elle a le gros inconvénient d'être fort longue et de nécessiter souvent des prodiges de patience de la part du malade et de la part du médecin. Lorsque le patient ne peut se soumettre aussi longtemps au traitement, lorsqu'on redoute un insuccès de la méthode, il est très légitime de proposer d'emblée la laryngo-fissure, qui permettra d'avoir ordinairement un bon résultat, beaucoup plus rapidement et sans grand risque, le pronostic opératoire de cette intervention permettant de la

considérer comme bénigne à l'heure actuelle. Les nombreuses observations dont nous avons trouvé la relation dans la littérature médicale, les cas que nous avons pu voir nous-même nous permettent cette conclusion.

Le résultat de cette intervention n'est pas toujours aussi brillant qu'on s'était cru en droit de l'espérer tout d'abord; néanmoins, avec le perfectionnement des méthodes opératoires et particulièrement des procédés de greffe ou d'autoplastie, on arrivera à le rendre meilleur. Telle qu'elle est pratiquée actuellement, cette opération permettra ordinairement de gagner beaucoup de temps dans le traitement des sténoses fibreuses du larynx et d'avoir souvent des résultats très satisfaisants.

Entre la dilatation avec ses lenteurs et la laryngo-fissure un peu radicale peut-être et n'excluant pas, dans certains cas, de longues périodes de calibrage, vient se placer la méthode endo-laryngée par les instruments coupants divers, le galvano et l'électrolyse. Ce dernier procédé trouvera, à notre avis, son indication dans des cas assez nombreux où la dilatation n'aura donné ou ne fera entrevoir que peu de résultats, et devra souvent être employé avant la laryngo-fissure.

BIBLIOGRAPHIE

Sinus et sinusite maxillaire; anatomie, pathologie, physiologie et traitement, par le Dr DE CROES, chef de clinique de l'École dentaire de Paris.

M. de Croes, dans cette intéressante publication, publie le résultat de ses recherches et de son expérience sur les inflammations de la muqueuse sinusienne. Après quelques mots d'historique et d'anatomie, empruntés pour la plus grande partie au livre de Zuckerkandl, l'auteur aborde son véritable sujet, c'est-à-dire la pathologie de cette région. Ce sont d'abord les causes susceptibles d'occasionner l'inflammation de la muqueuse de l'antre d'Highmore, parmi les-

quelles il range les traumatismes opératoires, les corps étrangers, puis les lésions dentaires et celles de la muqueuse des fosses nasales.

La symptomatologie des sinusites ne nous apprend rien de nouveau, mais elle est très bien exposée, et les praticiens peu au courant de cette affection trouveront là, réunis dans un même chapitre, les différents signes à l'aide desquels on peut arriver à reconnaître ses diverses manifestations morbides.

Nous voyons avec plaisir que l'auteur a distingué différentes sortes de sinusites qu'il classe en catarrhales, phlegmoneuses et fongueuses; si ces deux dernières formes peuvent quelquefois se confondre l'une avec l'autre, il n'en est pas moins vrai que, dans la pratique, elles se séparent assez souvent, et que le traitement convenant à l'une d'elles peut être trop anodin pour les formes plus graves et réciproquement. Du reste, dans cette classification, l'auteur place lui-même une forme intermédiaire qui peut tenir de l'une et de l'autre.

Un chapitre est ensuite consacré à ce que j'ai appelé les faux empyèmes de l'antre d'Highmore, dont l'auteur suppose le diagnostic facile, alors que, dans la pratique, on peut être embarrassé si l'on se borne à l'examen objectif de son malade. Les symptômes fonctionnels et locaux se ressemblent parfois au point de tromper le plus habile et, seule peut-être, la ponction suivie d'injection permet de lever les derniers doutes, encore à la condition expresse que la partie qui suppure autour de l'orifice maxillaire ne déverse pas le contenu de la bulle ethmoïdale dans l'intérieur de la cavité highmorienne

Les accidents consécutifs aux sinusites, touchant aux organes voisins, œil, cavité frontale, etc., sont également bien étudiés; l'auteur aurait pu ajouter ici les complications possibles du côté des voies aériennes supérieures, de la muqueuse stomacale et même les infections généralisées, sur lesquelles on a, depuis ces dernières années, appelé l'attention.

La troisième partie est consacrée au traitement. Ici, M. Croes passe en revue les différentes méthodes préconi-

sées depuis longtemps, savoir le traitement buccal, bucco-nasal, pour arriver enfin à la méthode actuelle, c'est-à-dire au traitement chirurgical par la fosse canine (méthode de Caldwell-Luc), que l'auteur nous expose telle que l'avait conçue autrefois M. Luc; mais, depuis ces dernières années, ce procédé a subi, de la part même de son auteur et d'autres chirurgiens, des modifications assez importantes.

Une série d'observations des différents types complète cette intéressante publication, dont nous recommandons la lecture à tous ceux que ces questions de pathologie spéciale des cavités accessoires des fosses nasales peuvent intéresser. Ce livre est pratique, facile à lire et d'une grande clarté. (Paris, Maloine, édit., place de l'Ecole-de-Médecine, 1902.)

E. J. M.

ANALYSES DE THÈSES

Contribution à l'étude de l'ozène et de son traitement, par le Dr Bouroullec.

L'auteur passe rapidement en revue l'étiologie, la pathogénie et la bactériologie de l'ozène. Il décrit, en quelques lignes, la symptomatologie de cette affection et s'étend un peu plus longuement sur le traitement à lui appliquer. Il préconise les lavages répétés, dit un mot du massage vibratoire, dont Burger, d'Amsterdam, vante les bienfaits; il consacre à la sérumthérapie de cette affection une assez large place dans son travail, sans l'adopter néanmoins, et à toutes les méthodes employées jusqu'à ce jour il préfère l'électrolyse cuprique. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description de l'application de cette méthode, que nous avons essayée des premiers, sans succès, d'ailleurs, et dont nous avons rapporté trente observations et que nous avons abandonnée depuis longtemps.

Quoi qu'il en soit, M. Bouroullec rapporte sept observations, recueillies à Lariboisière, d'électrolyse dans l'ozène. L'électrolyse aurait eu pour résultat assez rapide de faire disparaître la fétidité sans influer sur les sécrétions. (Thèse de doctorat, Paris, 1901.)

Dr Brindel.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Angine éroso-membraneuse, par le Dr Kœnig, de Paris.

L'auteur annonce la guérison d'un malade atteint d'angine éroso-membraneuse à la suite d'un traitement à l'acide chromique; une petite cicatrice persiste cependant au milieu du palais, mais cette cicatrice a été le résultat non de la maladie, mais des cristaux, qui ont produit une cautérisation trop énergique.

D'après l'auteur, la solution d'acide chromique à 60 0/0 a été plus efficace et plus facile à appliquer que les attouchements avec les cristaux. Grâce à un traitement quotidien, ces cautérisations arrêteraient immédiatement l'envahissement et hâteraient la guérison.

Une culture sur sérum ne donne aucun des caractères morphologiques de celle des vrais bacilles diphtériques. (*Archiv. internat. de laryngo-oto-rhinol.*, n° 6, 1901.)

Dr Mercier Bellevue.

Démonstration de la formation des cyclones intra-buccaux dans la parole chuchotée, par M. Gellé.

L'auteur, après avoir démontré expérimentalement chez l'homme la formation de cyclones intra-buccaux pendant l'émission des sons voyelles, expose les expériences qui l'ont conduit à constater la présence de ces mêmes cyclones intra-buccaux dans la parole chuchotée et même dans le souffle expiré simple.

Si l'on place une rondelle de papier (très mobile sur une petite tigelle) au niveau du tiers de la langue, à égale distance de l'isthme et des dents, et que l'on fasse émettre un A chuchoté, la rondelle de papier est immédiatement projetée sur la base de la langue, ce qui indique bien l'action d'un courant rentrant à ce niveau.

D'une suite d'expériences avec *r, ra, ar,* il résulte que la consonne vibrante accroît l'énergie du tourbillon intra-buccal : un souffle simple continu, à peine sonore, déter-

minerait le même phénomène, mais plus lentement, le mouvement tourbillonnaire étant atténué.

En résumé, le son voyelle, chuchoté ou fort, produit toujours un cyclone intra-buccal, d'autant plus net que l'effort expiratoire phonateur est lui-même plus violent. Ces cyclones sont situés en des points différents, suivant l'intensité des paroles émises, et sont encore plus énergiques lorsque le son voyelle est articulé. (*Tribune méd.*, 5 févr. 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Traitement médical des végétations adénoïdes, par le Dr Lapeyre, de Fontainebleau.

L'intervention chirurgicale ne pouvant dans bien des cas, au dire de l'auteur, être pratiquée chez un enfant atteint de végétations adénoïdes, il y a lieu de chercher un traitement médical.

Loin d'adopter l'avis de la plupart des médecins de notre époque, le Dr Lapeyre prétend, au contraire, qu'il y a des adénoïdiens qui guérissent sans avoir recours à l'intervention du chirurgien. Le fer, l'arsenic, seraient sans résultat; le médicament par excellence est l'iode, non pas aux doses minimes que l'on donne avec timidité. Le sirop iodotannique, le sirop d'iodure de fer, tous les vins spécialisés sont insuffisants, car ils ne sont pas assez riches en iode.

D'après l'auteur, la meilleure préparation serait la solution à 1/10; un enfant de trois ans devrait prendre au moins dix centigrammes d'iode métallique par jour. Ces doses, toujours bien supportées, auraient donné des résultats merveilleux chez de jeunes adénoïdiens, que seule l'intervention chirurgicale (refusée par les parents) paraissait pouvoir guérir.

L'auteur se sert de teinture d'iode fraîchement préparée, à la dose de six gouttes trois fois par jour, augmentant chaque jour d'une goutte à l'une des trois fois.

On arrive ainsi jusqu'à cinquante et même soixante gouttes par jour : dès que l'enfant donne des signes de

saturation avec des symptômes d'iodisme, on diminue progressivement comme on avait augmenté. La tolérance serait parfaite car l'iode s'élimine très rapidement.

Chez l'adulte, on pourrait aller jusqu'à cent, deux cents gouttes (une cuiller à café).

Sur 26 observations recueillies, le résultat se serait montré certain dans 24 cas et incertain dans 2 cas, où les malades n'auraient pas pu arriver à dépasser vingt gouttes.

Suivent quatre observations d'adénoïdiens atteints de végétations très volumineuses, avec otites suppurées, et même surdité presque complète et qui, grâce au traitement iodé intensif (50 à 60 gouttes) auraient parfaitement guéri de leurs végétations et même de leur surdité. D'après l'auteur, ce traitement iodé intensif produirait de merveilleux effets non seulement sur les végétations elles-mêmes, mais encore dans tous les cas où il y a retentissement du côté des oreilles. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 25 janv. 1902.) Dr Mercier Bellevue.

Des végétations adénoïdes du naso-pharynx comme cause de l'énurèse, par M. J. Fischer.

L'auteur confirme l'existence, déjà bien connue, des relations entre l'incontinence d'urine et les végétations adénoïdes.

D'après sa statistique, il semblerait que l'infériorité sociale, agissant comme cause de misère physiologique, serait un important facteur étiologique de l'énurèse.

D'après l'auteur, 15 0/0 des malades adénotomisés présentaient de l'énurèse au moment du râclage de leurs végétations; après l'opération, l'énurèse a complètement disparu ou s'est améliorée chez tous, sauf sur cinq.

D'après lui, le rôle que jouent les végétations dans l'énurèse s'expliquerait par la gêne respiratoire éprouvée par les petits malades pendant leur sommeil.

Du reste, les insuccès opératoires se produisirent chez des idiots qui, avec leurs végétations, avaient de la rhinite atrophique; lorsqu'il y eut rechute, c'est que les végétations

avaient récidivé, et une nouvelle opération fit disparaître l'énurèse pour toujours. L'auteur, témoin cependant d'une énurèse post-opératoire, l'explique par la tuméfaction traumatique de la muqueuse naso-pharyngienne, car elle disparut au bout de quelques jours.

L'auteur fait remarquer que l'énurèse ne s'observe que chez les enfants porteurs de grosses végétations. (*Ugeskrift for Læger*, 20 et 27 sept. 1901; anal. *in Semaine méd.*, 5 févr. 1902.)

Dr MERCIER BELLEVUE.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Du traitement de l'empyème chronique du sinus maxillaire *(Zur Therapie der chronischen Kieferhöhlenempyeme)*, par M. V. ALSSEN.

Après avoir passé en revue toutes les méthodes de traitement préconisées jusqu'ici contre l'empyème chronique du sinus maxillaire, l'auteur arrive à cette conclusion qu'aucune d'elles ne peut se vanter de procurer une guérison rapide et complète, et, par cela même, ne peut prétendre au titre de radicale.

Une opération radicale devrait avoir pour effet une cicatrisation complète de la cavité du sinus, et nous sommes encore loin de ce desideratum. Il faut donc s'arrêter à une méthode qui, sans être plus radicale que les autres, épargne au malade tous les désagréments du traitement post-opératoire et lui permette d'arriver par des voies plus rapides à cette guérison relative que la plupart des autres méthodes ne lui assurent qu'au bout d'un temps souvent très long.

Le procédé auquel l'auteur donne la préférence et qui répond aux conditions établies par lui est celui de Desault-Küster, repris il y a quelque temps par M. Luc, et qui consiste à ouvrir le sinus maxillaire par la fosse canine et, après avoir fait subir au sinus un nettoyage aussi complet que possible, à refermer immédiatement la plaie opératoire et à établir une communication entre le sinus et la fosse nasale.

Cette communication, l'auteur l'établit au niveau du

méat moyen, et cela pour deux raisons : 1° à cause de la plus grande facilité de pénétrer dans le méat moyen, où se trouve l'orifice naturel du sinus, qu'il ne reste plus qu'à agrandir; 2° parce que l'auteur a pu s'assurer, à la suite de nombreuses expériences, et malgré l'assertion contraire de M. Luc, qu'il est impossible de pratiquer dans le méat inférieur un orifice ayant 1 centimètre de diamètre, sans amputer le cornet inférieur. Et c'est pour éviter au malade cette dernière intervention que l'auteur préfère établir une communication avec le méat moyen, quoique, comme il l'avoue lui-même, cet orifice ne soit pas très favorable à l'écoulement du pus.

L'opération se fait par le procédé bien connu de Jansen. Une fois la paroi antérieure du sinus enlevée dans sa plus grande étendue (tout en ayant soin de ménager le rebord sous-orbitaire, on soumet le sinus à un nettoyage complet à l'aide de la curette, et on perfore la paroi nasale au niveau du méat moyen, dans lequel on introduit au préalable le petit doigt. L'orifice doit être assez grand pour laisser passer ce dernier. On tamponne ensuite la cavité avec de la gaze iodoformée, qu'on fait ressortir, à travers l'orifice de la paroi nasale, par la fosse nasale correspondante. Suture de la plaie.

Au bout de trois jours, on retire la gaze iodoformée, qu'on change ensuite tous les jours, et on lave le sinus avec une solution boriquée ou de sublimé (1 : 5000).

Au bout de huit jours, en moyenne, on peut enlever les fils de suture de la plaie, et, au bout de quinze jours, on peut cesser le tamponnement, tout en continuant le traitement à l'aide d'injections et d'insufflations.

Onze malades ont été opérés par le procédé qui vient d'être décrit. Sur ce nombre, cinq, dont l'opération remonte à un ou deux mois, peuvent être considérés comme complètement guéris; chez les autres, qui ont été opérés plus récemment, la guérison n'est que relative, mais ces malades ne souffrent pas et la gêne est insignifiante.

Chez certains de ces malades, l'auteur a pu s'assurer, par des sondages répétés, que la cavité du sinus subissait,

à la suite de l'opération, une diminution progressive allant presque jusqu'à l'oblitération complète.

Le résultat se rapproche donc de celui qu'on obtient à la suite de l'opération du sinus frontal. Peut-il être aussi complet que dans ce dernier cas? C'est ce que l'avenir montrera, mais il faut ajouter que les cas opérés par le procédé en question ont été choisis parmi les plus anciens, les plus rebelles, et dans lesquels tous les autres moyens de traitement avaient complètement échoué. Quelques-uns étaient compliqués de suppurations de sinus autres que le sinus maxillaire. (*Archiv f. Laryngol.*, XII, 2, 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

LARYNX ET TRACHÉE

De l'extraction de corps étrangers des voies respiratoires *(Removal of foreign bodies from the air passages)*, par M. DE FOREST WILLARD.

1° On doit favoriser la toux et empêcher autant que possible l'inspiration forcée.

2° Le moyen domestique qui consiste à donner au malade une position dans laquelle la tête se trouve penchée en bas et en avant pourra être quelquefois d'un certain effet.

3° La laryngoscopie est efficace lorsque le corps étranger se trouve au niveau des cordes vocales. Il peut être alors extrait à l'aide d'une pince ou par la laryngotomie.

4° Lorsque le temps le permet, on pourra, pour s'assurer du diagnostic, recourir à l'examen à l'aide des rayons X.

5° Un examen attentif est indispensable pour déterminer la présence certaine du corps étranger et sa localisation exacte.

6° La trachéotomie sous l'anesthésie locale doit être de règle lorsque le corps étranger se trouve au niveau de la bifurcation. La trachéoscopie, l'aspiration et les manipulations avec les pinces doivent être faites avec les plus grandes précautions. Des manipulations prolongées ne peuvent que favoriser l'infection pneumonique.

7° Lorsque l'extraction par la plaie trachéale est impossible, on n'abordera les organes intra-thoraciques que

lorsqu'on aura sous la main un appareil à respiratio
ficielle et de l'oxygène. En maintenant de cette fa
mouvements rythmiques, on pourra s'engager da
bronches, aussi bien en avant qu'en arrière.

8° Les abcès consécutifs des poumons seront trait
l'incision et le drainage. (*Journ. of Amer. med. A*
26 oct. 1901.)

Dr S. JANKELEVIT

De la méthode des aspirations dans le traitement tuberculose du larynx, par le Dr LEDUC.

L'auteur donne les résultats obtenus pendant trois a
d'expériences à l'aide du tube de verre à aspiratio
permet aux malades de faire eux-mêmes leur panse
Tous les cas ont été traités avec succès; jamais
insuccès. Tous les cas d'intolérance observés étaient
des imperfections de traitement qui disparaissaient
ces imperfections. Selon M. Leduc. par l'emploi des
rations de diodoforme, la laryngite tuberculeuse est la
festation la plus facile à guérir de la tuberculose. (*Gaz*
de Nantes, nov. 1901.)

Dr BERBINE.

OREILLES

Otite moyenne et pneumonie *(Otitis media and pneun*
par le Dr STACEY WILSON.

L'otite moyenne est, d'après l'auteur, une compli
fréquente de la pneumonie; si elle est souvent méc
cela tient à ce fait que ses symptômes classiques font
tuellement défaut, quand elle vient compliquer une
tion aiguë, ou sont masqués par cette dernière.

C'est surtout au cours de pneumonies graves ch
enfants et des jeunes gens qu'on observe cette complic
De là, la nécessité d'examiner avec les plus grands
les oreilles de ces malades. L'état de l'organe de l'ou
d'autant plus solliciter l'attention du médecin, que l
leur habituelle peut faire défaut et que l'ouïe du côt
est quelquefois si parfaite que la surdité du côté affe
soit méconnue, soit attribuée à l'état de torpeur qui
conséquence naturelle de l'hyperthermie. L'écouleme

tant que symptôme, est de peu d'importance, et quand il se produit, le danger d'une pyohémie est ordinairement conjuré. Il existe un certain nombre de symptômes prodromiques de l'otite moyenne pneumococcique et qui doivent attirer l'attention du médecin sur l'état de l'oreille, comme source d'infection pyohémique; ce sont : légères douleurs, particulièrement celles des membres, avec gonflement des articulations pouvant simuler un accès de rhumatisme; douleurs abdominales accompagnées souvent de ballonnement du ventre; diarrhée le cinquième ou le sixième jour; éruptions cutanées (urticaire, furoncles, etc.), disparaissant après l'incision du tympan; méningite ou irritation méningée. Les céphalées font entièrement défaut dans ces cas; l'absence de ce symptôme peut induire en erreur et faire croire à l'absence de complications cérébrales.

La paracentèse précoce du tympan trouve une de ses plus urgentes indications dans le traitement de ces otites redoutables et, dans la plupart des cas, elle suffit pour conjurer les dangers d'une pyohémie aiguë pneumococcique, intimement associée à ces otites. (*Birmingham med. Rev.*, juillet 1901.)

TRIVAS.

Deux observations d'ulcération de la carotide survenues dans le cours d'une affection de l'oreille moyenne (*Zwei Fälle von Ruptur der Arteria carotis interna bei Affectionen des Mittelohres*), par le Dr JÜRGENS, de Varsovie.

I. Soldat P..., entré le 29 décembre 1899. Dit souffrir de ses oreilles depuis quinze jours. Le jour de son entrée, à midi, le malade eut une hémorragie très forte par son oreille droite. Quelques heures après, nouvelle hémorragie; pouls imperceptible. Une troisième dans la soirée. A l'inspection, on trouve la paroi inférieure du conduit profondément ulcérée, comme par une application de liquide caustique. Le lendemain, en changeant le pansement, on provoque une nouvelle hémorragie. En ce moment, on remarque que l'oreille suppure abondamment. Le malade meurt de méningite le 23 janvier. — Autopsie : Méningite purulente cérébro-spinale. Carie très étendue. Le rocher droit, le labyrinthe, l'oreille moyenne, le canal carotidien ne forment qu'une

seule et même cavité anfractueuse remplie de pus et de débris osseux. Thrombus dans la portion supérieure de la carotide. Le conduit auditif externe est macéré et en partie détruit.

II. Soldat M..., entré le 5 mars 1900. Est soupçonné avoir versé un liquide caustique dans son oreille droite pour se faire réformer. Dit être malade depuis trois semaines. A l'inspection, on trouve un conduit rempli de masses nécrosées, de caillots, très rouge, et fortement infiltré. Otorrhée fétide. Le 7 mars, deux hémorragies assez fortes par l'oreille. L'hémorragie se renouvelle encore deux fois le 1er et le 10 avril. Mort le 12 avril. Autopsie le même jour : Méningite cérébro-spinale. La mastoïde est remplie de pus; le canal carotidien et la caisse sont confondus dans une même cavité fongueuse, irrégulière. La carotide est ulcérée jusqu'à sa sortie de la pyramide. Carie des parois labyrinthiques.

Les deux observations sont intéressantes à plusieurs points de vue. Il y a d'abord le peu de durée de l'affection primitive, qui semble extraordinaire si on tient compte de ce fait que, dans les rares observations publiées jusqu'ici, l'otite purulente avait précédé l'ulcération de la carotide de sept à douze mois au moins. Il est vrai que l'introduction de substances caustiques explique la rapidité de l'évolution. L'hémorragie ne s'est plus reproduite chez le premier malade pendant son séjour à l'hôpital, ce qui tenait probablement à l'extrême affaiblissement du cœur et à la présence du caillot obturateur trouvé à l'autopsie. Mais ce qui paraît le plus remarquable dans les deux cas, c'est la grande étendue des lésions au niveau du rocher et du canal carotidien, ainsi qu'en font foi les dessins accompagnant le travail; on se demande comment une ulcération aussi étendue de la carotide n'a pas amené des hémorragies plus fréquentes. Les deux malades ne sont pas morts d'anémie, on n'en a pas constaté les signes ordinaires à l'autopsie, mais de complications endo-craniennes et d'infection généralisée, qui étaient déjà trop avancés pour qu'on ait pu songer à intervenir. L'auteur est d'avis qu'il aurait fallu

ouvrir largement, réséquer les parties malades et tamponner la carotide au niveau de son coude, là où se trouvaient les ulcérations. La ligature seule de la carotide ne lui semble pas devoir être suffisante dans des cas pareils, où il s'agit non pas seulement d'arrêter l'hémorragie, mais surtout et avant tout d'éviter la septicémie et les complications endo-craniennes par l'ouverture et le nettoyage du foyer purulent et le tamponnement soigneux de la carotide. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, janv. 1902.) Dr BERTEMES.

CROUP ET DIPHTÉRIE

Croup sans angine; contagion tardive, par le Dr VERGELY.

Fillette de six ans contracte la diphtérie auprès d'une cousine guérie, depuis deux mois et demi, d'une angine grave pour laquelle on l'avait envoyée à la campagne.

A l'examen direct de l'arrière-gorge, on ne rencontre rien de particulier, pas de fausse membrane ni sur les amygdales ni sur les piliers. L'existence d'un léger tirage sus-sternal et les signes d'un obstacle laryngé font seuls penser à la diphtérie. Ce diagnostic est confirmé le lendemain par le rejet d'un morceau de fausse membrane. Guérison en six jours. Un mois après, les sécrétions de la bouche ne contiennent plus de bacille de Lœffler. (*Journal de méd. de Bordeaux,* n° 45, nov. 1901.) Dr BERBINEAU.

VARIA

L'alcool comme désinfectant des miroirs laryngoscopiques et pour empêcher qu'ils ne se recouvrent de buée *(Alcohol zur Desinfection und zur Verhütung des Anlaufens des laryngo-rhinoscopischen Spiegels)*, par le Dr HESCHELIN.

Le titre dit suffisamment le but et l'avantage de l'emploi de l'alcool pour avoir nos miroirs toujours désinfectés et propres à servir à l'examen au miroir laryngoscopique. Il faut prendre la précaution de secouer un peu le miroir pour qu'il ne reste plus une goutte après quand on l'introduit dans la gorge. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, févr. 1902.)

Dr BERTEMES.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNÉE. N° 21. 24 MAI 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

ESSAI D'APPLICATION DES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE EN OTO-LARYNGOLOGIE[1]

Par MM.

J. MOURET,
professeur agrégé
à la Faculté de médecine

J. DENOYÈS,
préparateur
du service d'électrothérapie
de Montpellier.

Ayant eu l'occasion de traiter par les courants de haute fréquence deux malades atteints d'aphonie et quelques malades qui se plaignaient de bourdonnements, nous avons obtenu des résultats qu'il nous paraît intéressant de signaler; mais, avant de les exposer, nous jugeons nécessaire de préciser la technique à laquelle nous avons eu recours.

TECHNIQUE. — Les courants de haute fréquence sont utilisés, en effet, sous quatre modes différents :

1° Les applications directes ou par dérivation, dans lesquelles le malade est mis en communication avec les deux extrémités du solénoïde de l'appareil producteur[2].

1. Travail reçu le 12 avril 1902.

2. Les différents dispositifs utilisés pour la production des courants de haute fréquence comprennent tous des condensateurs dont les armatures internes sont reliées à une source d'électricité et dont les armatures externes sont réunies par un solénoïde. Lorsque les condensateurs se déchargent, celui-ci est parcouru par les oscillations de haute fréquence.

Ce solénoïde fait partie intégrante de l'appareil producteur et n'a rien de commun avec le solénoïde employé pour l'autoconduction.

2° L'autoconduction, qui consiste à placer le malade dans un grand solénoïde parcouru par les décharges oscillantes, sans communication métallique avec lui. Dans ce cas, le corps du malade est soumis à des courants induits extrêmement puissants.

3° L'application par condensation, dans laquelle le malade, relié à l'une des extrémités du solénoïde de l'appareil producteur, est couché sur un matelas isolant qui le sépare d'une lame métallique reliée à l'autre extrémité de ce solénoïde. Dans ces conditions, le malade constitue l'une des armatures d'un condensateur qui se charge et se décharge à chaque oscillation.

4° Les applications locales sous forme d'effluve ou d'étincelles.

Nous laisserons de côté l'autoconduction et la condensation. Car ces deux procédés d'électrisation ont surtout été employés comme modificateurs généraux de la nutrition; nous donnerons seulement quelques détails sur les applications directes et les applications sous forme d'effluve ou d'étincelles qui permettent de localiser[1] les effets thérapeutiques et auxquelles nous avons eu recours.

Applications directes ou par dérivation. — Le solénoïde qui fait partie de tous les dispositifs utilisés pour la production des courants de haute fréquence et qui relie entre elles les armatures externes des condensateurs est parcouru par ces courants. Si donc on met un sujet en communication avec deux points de ce solénoïde, ce sujet, mis ainsi en dérivation, sera traversé par les courants de haute fréquence.

Pour relier les malades au solénoïde, on emploie des électrodes de forme et de dimensions variables, suivant les régions

1. En réalité, les applications directes, l'effluve et les étincelles n'ont pas seulement une action locale, et ces divers procédés d'électrisation entraînent aussi des effets généraux; mais l'application produit néanmoins certains effets qui restent limités à la région traitée. La révulsion provoquée par l'effluve ou les étincelles, par exemple, ne survient qu'aux points touchés; la diffusion est très légère.

où l'on doit les placer. Ces électrodes peuvent être appliquées directement sur les téguments ou, pour des sujets à peau délicate, avec interposition de peau de chamois, d'ouate ou de flanelle mouillées.

L'application immédiate sur la peau ne présente généralement pas d'inconvénients[1], pourvu que l'électrode ait des dimensions suffisantes et soit bien appliquée. Dans certains cas, elle peut, en effet, être suffisamment échauffée pour déterminer un léger érythème; mais on évitera ce petit accident si on emploie des plaques à large surface et si l'on a soin de les mouler sur la région, de façon à obtenir un excellent contact. A ce point de vue, l'étain, sous une certaine épaisseur, donne toute satisfaction.

La densité du courant a donc, ici encore, son importance, tout comme pour les applications de courants continus.

La graduation du courant est obtenue en plaçant le malade en dérivation sur un plus ou moins grand nombre de spires du solénoïde. En modifiant ainsi, suivant le nombre de spires, la self-induction et, par suite, la résistance apparente de la portion de solénoïde mise dans le circuit, on fait varier l'intensité du courant dans la dérivation fermée sur le malade.

L'intensité efficace est mesurée au moyen du milliampèremètre universel de d'Arsonval.

On arrive à utiliser des intensités très élevées, 800 milliampères, par exemple. S'il n'y a aucune interruption dans le circuit, les applications directes ne déterminent, en effet, ni sensation douloureuse ni contraction musculaire. La seule sensation que puissent accuser les malades, si l'intensité est très élevée, la séance prolongée ou l'application défectueuse,

1. Sudnik, qui employait des plaques métalliques recouvertes de flanelle mouillée, a observé, quelquefois, la production de « petits ulcères ». Il attribuait ces brûlures à des bosselures des plaques ou à des plis de la flanelle.

est une sensation de chaleur aux points mêmes d'application ou dans leur voisinage.

Applications locales. — On peut, pour ces applications, utiliser le courant pris directement sur le solénoïde de l'appareil producteur. Il suffit de relier à l'une de ses extrémités l'un des nombreux excitateurs employés en électrothérapie, et on obtient ainsi des étincelles assez comparables à celles d'une machine statique.

Ces étincelles ont l'inconvénient d'être très douloureuses. Aussi utilise-t-on rarement cette méthode.

On interpose généralement entre l'excitateur et le solénoïde de l'appareil producteur, un deuxième solénoïde qui a reçu le nom de résonateur. Cet appareil, fondé sur les remarquables propriétés de résonance des courants de haute fréquence, a l'avantage d'élever encore la tension de ces courants. Dans ces conditions, l'effluve fourni par le résonateur est beaucoup plus nourri et les étincelles sont bien moins douloureuses.

La puissance de l'effluve ou des étincelles dépend, d'ailleurs, pour un même appareil, du réglage que l'on a réalisé au moment de l'application.

Le rendement maximum d'un résonateur est obtenu lorsqu'on a établi un accord parfait entre celui-ci et le solénoïde de l'appareil producteur. On arrive précisément à ce résultat en faisant varier le nombre de spires de celui-ci mises dans le circuit; car on modifie ainsi, en effet, la self-induction et la capacité, et l'on finit par atteindre un rapport donné de ces deux valeurs, variable avec chaque appareil, auquel correspond le fonctionnement optimum.

Une fois l'accord établi, si l'on vient à changer l'un des éléments du rapport, soit la self, soit la capacité, l'effluve ou l'étincelle que fournit l'appareil deviennent de plus en plus grêles et finalement ne se produisent plus. Il y a donc là un moyen de réglage des effets thérapeutiques.

Les excitateurs employés varient avec les usages.

Dans les cas que nous relatons, nous nous sommes servis de pinceaux de fils métalliques fins. Quelquefois, pour rendre l'application plus supportable, nous enfermions le pinceau dans un tube de verre. De cette façon, la chaleur développée par le passage du courant est sensiblement atténuée.

Nous nous sommes servis d'un résonateur Oudin (premier modèle).

Les effets immédiats des applications consistaient généralement en une sensation de chaleur locale accusée par les malades et en une révulsion parfois assez vive.

Au moyen de ces deux procédés : applications directes et applications locales, nous avons obtenu les résultats que nous allons exposer.

Paralysies laryngées.

Observation I. — *Paralysie du récurrent droit.*

Louise Ch..., quarante-trois ans.

Rien à noter dans les *antécédents héréditaires* ou *personnels.*

Histoire de la maladie actuelle. — Dans le courant de mars 1898 la malade s'enrhume; elle tousse d'abord quelque peu, puis est enrouée, souffre de la gorge et devient aphone. Elle déclare qu'elle s'était aperçue, depuis quatre ans environ, que son cou augmentait de volume, mais qu'elle ne s'en était pas inquiétée. Quant à son aphonie, elle n'a consulté un médecin à son sujet que plus d'un an après le début, au mois de juillet 1899. Elle a été alors traitée par des pulvérisations et par des badigeonnages au chlorure de zinc qui ont été continués pendant dix mois sans résultat. Plus tard, en juin 1900, elle est soumise à des séances de faradisation percutanée qui sont poursuivies durant un mois et n'amènent aucune amélioration. Elle ne suit, après cela, aucun traitement jusqu'au 31 octobre 1900, date à laquelle elle vient consulter M. le professeur agrégé Mouret.

État de la malade le 31 octobre 1900. — La voix est très altérée; la malade ne peut parler qu'à voix très basse. Au laryngoscope, on ne constate rien de particulier comme lésion de la muqueuse. La corde vocale droite est en position cadavérique.

Le cou paraît élargi; on trouve un goitre plongeant en arrière et

qui paraît surtout développé aux dépens du lobe droit du corps thyroïde.

La malade prend, pendant quelque temps, 1 gramme d'iodure de sodium et 50 centigrammes de bromure par jour.

9 novembre. — La voix n'est pas modifiée. Au laryngoscope, l'aryténoïde droit est mobile; la corde vocale est toujours en position cadavérique.

Le *29*, état stationnaire; le goitre paraît moins dur, mais il a toujours le même volume.

5 décembre. — La malade est adressée par M. le professeur agrégé Mouret, au service d'électrothérapie de l'hôpital suburbain de Montpellier. Elle est traitée trois fois par semaine par la galvanisation, pendant dix minutes. Une large plaque, reliée au pôle positif, embrasse la partie antérieure du cou; une autre électrode, reliée au pôle négatif, est placée à la partie supérieure du dos. L'intensité employée est de 10 milliampères.

Le *20*, après six séances de galvanisation, le goitre paraît légèrement diminué; le laryngoscope ne montre aucune modification; mais la malade se plaint de troubles cardiaques : tachycardie exagérée, palpitations, troubles qu'elle n'avait jamais ressentis auparavant.

Traitement par la haute fréquence. — La galvanisation est supprimée et remplacée par des applications directes de haute fréquence. Deux plaques d'étain, reliées chacune à l'une des extrémités du solénoïde de l'appareil producteur, sont placées l'une sur la partie antérieure du cou, à droite, l'autre à la partie supérieure du dos. L'intensité employée est de 400 à 500 milliampères et la durée des séances de dix minutes.

Le *23*, les troubles dont la malade se plaignait à la suite des séances de galvanisation et qu'elle avait éprouvés pendant une dizaine de jours sans en parler, se sont atténués dès que le traitement par cette forme de courant a été suspendu.

Le *26*, les palpitations ont complètement disparu. La voix paraît un peu plus forte; elle est cependant encore très voilée. Le laryngoscope montre toujours la corde vocale droite en position cadavérique.

5 janvier. — En raison des troubles précédemment accusés par la malade, celle-ci est soumise à l'examen de M. le professeur Carrieu, qui ne trouve rien d'anormal soit du côté de l'aorte, soit du côté du cœur. Les applications directes de haute fréquence sont continuées.

Le *10*, la voix est meilleure, moins voilée.

Du *10* au *20*, interruption du traitement.

Du *20* au *30*, cinq séances à la suite desquelles l'amélioration de la phonation s'est quelque peu accentuée.

Du *31 janvier* au *6 février*. — La malade, retenue chez elle par une bronchite, ne suit pas son traitement. Elle est devenue très enrouée. L'amélioration de la phonation constatée précédemment a diminué.

Le *6*, reprise du traitement. La malade parle mieux immédiatement après les séances, dans la soirée et même le lendemain matin.

Le *8*, le *13*, le *15* et le *22*, même constatation ; amélioration succédant à l'application du traitement et se maintenant un certain temps.

1er mars. — La voix est meilleure par moments, bien que la corde vocale soit toujours complètement paralysée. Le goitre a un peu diminué. La malade a beaucoup maigri.

A dater du *1er mars*, les applications directes sont remplacées par des applications locales. L'effluve fourni par un résonateur Oudin (premier modèle) est dirigé sur la face antérieure du cou, pendant cinq à dix minutes. A la fin de chaque séance, on tire quelques étincelles. On obtient ainsi une révulsion assez intense. Ce traitement est suivi très régulièrement.

A la suite des séances, la malade parle mieux.

Le *15*, la malade déclare se trouver mieux que par le passé, au point de vue général.

15 mai. — La malade reprend son embonpoint. L'amélioration de la phonation progresse lentement. Elle est surtout manifeste les jours où le traitement est appliqué. La malade dit cependant que cette amélioration a une tendance à se maintenir d'une séance à l'autre. Au laryngoscope, la corde vocale droite reste toujours immobile; l'aryténoïde droit parait beaucoup plus mobile qu'autrefois.

15 juin. — L'amélioration obtenue se maintient d'une séance à l'autre. La malade se dit très satisfaite des effets du traitement. Elle déclare être moins sensible que par le passé aux causes de refroidissement. Elle raconte, par exemple, qu'elle ne pouvait pas toucher l'eau froide, pour les besoins de son ménage, sans augmenter son enrouement; tandis qu'elle peut se livrer maintenant sans inconvénient à ses occupations.

10 juillet. — La voix, quoique toujours un peu voilée, est cependant assez forte pour que la malade puisse se faire entendre

d'un bout à l'autre de la pièce où elle suit son traitement, ce qui lui était absolument impossible au début.

Malheureusement, la malade ayant quitté Montpellier à ce moment-là. il a été impossible de l'examiner au laryngoscope.

Nombre total d'applications directes 17
— — de séances d'effluves 22

Obs. II. — *Paralysie du récurrent droit.*

M. X..., vingt-cinq ans, employé de bureau.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures.

Histoire de la maladie. — Vers le 15 octobre 1900, refroidissement à la suite duquel le malade tousse et est assez enroué. Quelques jours après, une semaine environ, survient une extinction de voix, qui ne s'amende pas dans la suite, et pour laquelle il vient consulter M. le professeur agrégé Mouret le 5 novembre.

État du malade le 5 novembre. — Aphonie à peu près complète. Examen : hypertrophie de la muqueuse nasale; gorge un peu rouge; rougeur diffuse de toute la muqueuse du larynx; les cordes vocales, rouges aussi, sont, en outre, un peu épaissies. Dans la phonation, toute la moitié droite du larynx se meut difficilement. A l'auscultation, râles de bronchite. Le malade est soumis au traitement suivant : pommade au menthol dans le nez; pulvérisations au benzoate de soude dans la gorge; badigeonnages à la teinture d'iode sur la région prélaryngienne; pilules de terpine et codéine à l'intérieur.

26 novembre. — L'état congestif a diminué; mais la corde vocale droite est paralysée et reste en position cadavérique.

Du *26 novembre* à *la fin décembre,* le malade est soumis trois fois par semaine à des badigeonnages de la muqueuse du larynx au chlorure de zinc à 1/50e. On lui fait, en outre, des applications de courants continus pendant six minutes (pôle positif à la nuque et pôle négatif au-devant du larynx; I = 8 milliampères) et de la faradisation percutanée pendant deux à trois minutes.

Après quelques jours de ce traitement (*fin décembre*), on constate que la corde vocale droite est tendue près de la ligne médiane dont elle se rapproche tout à fait pendant la phonation, mais dont elle ne s'éloigne pas pendant l'inspiration. Les muscles constricteurs ont repris leurs mouvements; les muscles dilatateurs restent paralysés.

Pendant le mois de *janvier 1901*, le malade est soumis à des

séances de faradisation endo-laryngée, répétées tous lés trois jours.

Le *4 février*, le malade déclare que ce traitement le fatigue beaucoup. A l'examen, il semble que pendant l'inspiration la corde vocale droite ne reste plus aussi fortement tendue vers la ligne médiane.

Les séances d'électrisation sont supprimées, et on ordonne des pilules de sulfate de strychnine à la dose de 2 milligrammes par pilule (trois pilules par jour).

Le *20*, l'état restant stationnaire, le malade est adressé au service d'électrothérapie de l'hôpital suburbain de Montpellier, pour y suivre un traitement par les courants de haute fréquence.

État du malade le 20 février 1901 (début du traitement par la haute fréquence). — Examen : la corde vocale droite est toujours en adduction et la muqueuse est encore légèrement enflammée. La voix très basse, cependant assez nette; mais le malade se fatigue très vite. Il éprouve, en outre, tous les matins, une sensation de sécheresse intense à la gorge.

Traitement par la haute fréquence. — Du *20 février* jusqu'au *6 mars 1901*, le malade est traité par les applications directes de haute fréquence; une plaque d'étain reliée à l'une des extrémités du petit solénoïde est moulée sur la partie droite du cou et une manette métallique, reliée à l'autre extrémité du solénoïde, est placée dans la main. L'intensité varie, au début, de 200 à 300 milliampères et atteint, dans la suite, 400 à 500 milliampères. La durée moyenne des applications est de dix minutes. Sous l'influence de ce traitement, et après quelques jours, la voix devient plus forte; en même temps, la sensation de sécheresse à la gorge, surtout pénible au réveil, diminue et disparaît peu à peu.

Le *6 mars*, l'amélioration obtenue persiste, mais n'augmente pas. Les applications directes sont remplacées par des séances d'effluve. Un excitateur, relié au résonateur Oudin (premier modèle), est promené au-devant de la région antérieure et de la région latérale droite du cou pendant une dizaine de minutes. Cet excitateur, constitué par un pinceau de fil métallique fin, est coiffé, le plus souvent, d'un tube de verre, de façon à pouvoir tirer de petites étincelles, celles-ci étant rendues moins douloureuses par ce moyen.

Dès lors, la phonation progresse de jour en jour; la voix devient plus forte et plus nette. En outre, le malade, obligé, par sa profession, de recevoir beaucoup de monde et de parler beaucoup, se fatigue moins que par le passé.

Le *25*, un nouvel examen laryngoscopique montre que, pendant l'inspiration, la corde vocale droite commence à se déplacer en abduction, mais moins que la gauche.

Du *26 mars* au *10 avril*, interruption du traitement.

Le *10 avril*, reprise de l'effluvation. L'amélioration progresse nettement.

Le *15*, à l'examen laryngoscopique, on trouve toujours la corde vocale droite un peu raide; l'abduction n'est pas encore aussi complète que du côté gauche.

Le *26*, le malade ayant un surcroit d'occupations et parlant, d'ailleurs, d'une façon satisfaisante, cesse tout traitement.

Dans la suite, nous revoyons le malade à plusieurs reprises, la phonation est à peu près ce qu'elle était avant la maladie.

Le *10 juin*, après un refroidissement, coryza et mal à la gorge, le malade tousse un peu.

Un examen, pratiqué à ce moment, montre cependant que les deux cordes vocales se meuvent normalement aussi bien dans l'inspiration que dans l'expiration.

Nous avons revu le malade en janvier 1902 : la guérison s'est parfaitement maintenue.

Nombre total d'applications directes. 6
— — de séances d'effluve. 12

L'histore de ce malade est surtout intéressante à cause des traitements minutieux dont il avait été l'objet, avant d'être soumis à l'action des hautes fréquences. Ces premiers traitements avaient, il est vrai, produit quelques bons effets; mais nous avons été particulièrement frappés de l'amélioration immédiate obtenue par les hautes fréquences et de la marche rapide de l'affection vers la guérison sous l'influence de ce dernier mode de traitement.

Les deux observations que nous venons de relater montrent bien que l'emploi de cette modalité électrique et principalement de l'effluve et des étincelles de résonance peut rendre de réels services dans des cas particulièrement graves.

Sans doute, les faits ne sont pas suffisamment nombreux pour permettre de préconiser les hautes fréquences au lieu

des autres formes de courant dans le traitement des paralysies laryngées.

Le traitement électrique de ces affections ne saurait, d'ailleurs, être uniforme. Il importe, néanmoins, de remarquer que les hautes fréquences nous ont donné, dans les deux cas que nous avons rapportés, des résultats que nous avions vainement recherchés par la galvanisation et la faradisation. En outre, il nous paraît intéressant de rapprocher ces faits de ceux qui ont déjà été signalés par quelques observateurs.

Les travaux de Doumer[1], Oudin[2], Sudnik[3], Marie[4], etc., ont bien établi, en effet, que les hautes fréquences pouvaient, dans certaines conditions d'application et dans des affections très variées, exercer une heureuse influence sur l'élément neuro-musculaire. L'un de nous[5] a également signalé leur action sur des amyotrophies d'origines diverses et sur les névrites[6].

Nos observations viennent précisément confirmer la conclusion qui ressort de l'ensemble même de tous ces faits : c'est que les courants de haute fréquence, considérés à juste titre, depuis les remarquables recherches de d'Arsonval, comme un puissant modificateur de la nutrition générale, exercent aussi une action trophique locale manifeste.

1. Doumer, Traitement de la fissure sphinctéralgique par les courants de haute fréquence (*Ann. d'électrobiol.*, mars 1898).

2. Oudin, Les courants de haute fréquence et de haute tension dans les maladies de la peau et des muqueuses (*Ann. d'électrobiol.*, janv.-févr. 1898).

3. Sudnik, Contribution à l'étude du traitement électrique des névralgies (*Ann. d'électrobiol.*, juillet-août 1899).

4. Marie, Nouvelle extension de l'emploi des courants de haute fréquence en thérapeutique (*Mém. de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse*, 1er avril 1901).

5. Denoyès, Influence des applications directes des courants de haute fréquence sur l'élément atrophique dans des affections diverses (Communic. à la Soc. des sciences méd. de Montpellier, séance du 5 juin 1900, *in Nouveau Montpellier méd.*, 1er juillet 1900); — Action thérapeutique des applications directes des courants de haute fréquence (*Archiv. d'électr. méd.*, février et mars 1901).

6. Denoyès et Lagriffoul, Le traitement des névrites par les courants de haute fréquence (*Archiv. d'électr. méd.*, août 1901).

Bourdonnements.

Nous avons observé, en outre, un certain nombre de malades atteints d'otite scléreuse et qui se plaignaient de bourdonnements. Tous ont été traités par les applications locales (effluve et étincelles).

Chez tous ces malades, nous avons observé immédiatement après l'application une diminution des bourdonnements. Cette diminution ne persistait pas dans les premiers temps; mais, dans la suite, après un nombre de séances variables suivant les malades, cette amélioration tendait à se prolonger et durait finalement d'une séance à l'autre.

Quant à la disparition complète des bourdonnements avec maintien de la guérison après la cessation des applications de haute fréquence, nous ne l'avons obtenue que chez un malade, le seul qui ait pu continuer son traitement pendant quelque temps encore après que les bourdonnements eurent cessé. Ce malade, qui se plaignait de bourdonnements continus depuis dix ans, fut revu huit mois après la suspension des séances d'électrisation; la guérison s'était parfaitement maintenue.

Dans aucun cas nous n'avons noté d'amélioration manifeste de l'acuité auditive.

Les faits que nous avons pu observer ne sont pas assez nombreux pour nous autoriser à conclure à l'efficacité de l'effluve de haute fréquence contre les bourdonnements. Il nous a paru cependant intéressant de les signaler, afin qu'une expérimentation plus longue du procédé puisse démontrer si cette modalité électrique peut rendre de réels services dans une thérapeutique aussi décevante.

POLYPES MUQUEUX PAPILLAIRES
DE LA CLOISON DU NEZ[1]

Par le Dr **LACOARRET**, de Toulouse.

Les dégénérescences myxomateuses de la muqueuse nasale sont loin de constituer une rareté pathologique. Aussi nous abstiendrions-nous de rapporter des observations de ce genre si cette lésion, d'après le siège qu'elle occupe, ne présentait quelques particularités intéressantes.

La transformation myxomateuse de la pituitaire offre, en effet, un aspect clinique différent selon qu'elle affecte les diverses régions des fosses nasales. Ces dégénérescences occupent, on le sait, de préférence les cornets moyens et supérieurs. On les rencontre surtout vers l'orifice semi-lunaire, dans la concavité du tiers antérieur du cornet moyen et principalement au niveau de sa tête. Dans ces parties supérieures les myxomes affectent la forme globuleuse et pédiculée bien connue.

Plus rarement, mais dans des cas encore relativement fréquents, la dégénérescence myxomateuse frappe le cornet inférieur. Là elle se présente sous l'aspect d'une tuméfaction diffuse, tantôt lisse, tantôt plissée avec çà et là des sillons plus profonds donnant lieu à des diverticules et à des digitations, tantôt, enfin, la surface en est verruqueuse et papillaire.

Mais il est tout à fait exceptionnel d'assister à la transformation myxomateuse de la cloison et du plancher des fosses nasales. « Dans des cas très rares seulement, dit Morell-Mackensie dans son traité, la cloison est le siège de cette affection. Bryant, Leriche, Wagner, Hartmann en rapportent chacun un exemple et Zuckerkandl en a rencontré trois. » C'est aussi l'opinion de Moure et de tous les auteurs

1. Travail reçu le 24 avril 1902.

qui ont écrit sur cette question. Si quelques faits épars dans la littérature médicale ont été signalés dans ces dernières années, il n'en reste pas moins vrai qu'en comparaison de la fréquence des polypes muqueux de la partie supérieure du nez, ceux qui prennent naissance dans la région inférieure et principalement sur la cloison constituent une rareté. Cette rareté est encore plus grande quand ces tumeurs acquièrent, comme dans l'une de nos observations un volume assez considérable et occupent une surface d'implantation étendue.

Les polypes de la partie antérieure de la cloison que nous avons eu l'occasion de rencontrer répondent à peu près tous d'une façon générale au type de néoplasmes décrit par Aysaguer et désigné par les auteurs sous le nom de papillomes.

S'agit-il là de véritables papillomes? Nous ne le croyons pas. En 1889 (*Rev. de laryngol.*, nos 17, 18 et 19), dans une étude sur les papillomes vrais des fosses nasales, nous avons cherché à démontrer le peu de fréquence de cette variété de tumeurs dans le nez. Nous ne reviendrons pas sur cette question qui, d'ailleurs, au point de vue clinique, n'offre qu'un intérêt secondaire.

Qu'il s'agisse de papillomes vrais ou de myxomes papillaires, les tumeurs de la cloison, que nous avons observées dans la région antérieure, au niveau du septun, présentaient entre elles une grande ressemblance et nous serions presque porté à dire que les myxomes de cette partie du nez affectent dans la grande majorité des cas un même aspect clinique : ce sont des tumeurs dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'une cerise ou d'une amande, quelquefois davantage. Un peu dures, elles sont tantôt assez régulièrement arrondies, tantôt allongées et aplaties, se moulant dans la cavité qui les renferme, à grand axe rarement vertical mais plutôt antéro-postérieur. Leur surface est habituellement mamelonnée, verruqueuse et papillaire. La coloration en est rosée

ou franchement rouge. Elles saignent avec facilité quand on les touche, et, en dehors des signes d'obstruction et autres symptômes communs aux polypes du nez sur lesquels nous n'insistons pas, elles donnent souvent lieu à des épistaxis spontanées et abondantes.

D'une façon générale et assez caractéristique, le pédicule de ces tumeurs est excessivement court, ce qui leur donne une apparence sessile. Il est encore d'une ténuité extrême et pour ainsi dire filiforme. Aussi quand le néoplasme n'est pas très volumineux et quoiqu'il paraisse bien adhérent à la cloison sur laquelle il est tassé et appliqué par toute la surface de sa large base, peut-on lui faire accomplir, comme autour d'un pivot, des mouvements de rotation sur son axe, déplacements qui indiquent son peu d'attaches avec le septum. D'ordinaire donc, et par suite de cette particularité, il est très facile d'extraire ces tumeurs dont l'expulsion spontanée paraît aussi également aisée.

Une fois enlevées, on trouve au-dessous la muqueuse de la cloison tout à fait saine. Un seul point saigne abondamment, c'est l'artériole qui à elle seule constituait à peu près tout le pédicule de la tumeur.

Quelques-unes de ces productions, examinées au microscope, étaient formées de tissu myxomateux ; on y trouvait une abondante infiltration de cellules rondes, des vaisseaux dilatés. Toutefois, malgré cette apparence anatomo-pathologique, qui rapprochait ces tumeurs des myxo-sarcomes caverneux, les hypertrophies polypoïdes de cette nature nous paraissent être bénignes et nous n'avons jamais assisté à leur récidive.

Observation I. — M. D..., âgé de cinquante-cinq ans, vient nous consulter en 1895 pour une obstruction de la fosse nasale droite et des épistaxis abondantes et souvent répétées depuis quelques mois.

A l'examen, nous constatons, à droite, au niveau de la cloison cartilagineuse, une tumeur framboisée du volume d'une petite cerise. Elle saigne facilement quand on la touche, paraît mobile avec un pédicule court. Pour éviter une hémorragie nous l'enlevons à l'anse galvanique et nous cautérisons assez fortement le

petit point d'implantation. La muqueuse de la cloison est saine tout autour. Il n'existe dans les fosses nasales aucune trace de lésions inflammatoires.

Depuis cette époque il ne s'est plus manifesté rien d'anormal.

Cette tumeur mamelonnée, de consistance un peu ferme, fut examinée au microscope. Elle était formée de tissu myxomateux assez dense avec des travées de tissu conjonctif. On y voyait une abondante prolifération de cellules embryonnaires avec des vaisseaux dilatés et caverneux.

Obs. II. — Une jeune femme de vingt-deux ans vient nous consulter à la clinique dans le courant de l'année 1897. Elle est depuis quelques mois gênée pour respirer par la narine droite et a eu, quinze jours avant sa visite, une abondante hémorragie nasale. Le médecin appelé fut obligé de tamponner la narine. Depuis ce moment les épistaxis se sont succédé, mais moins copieuses.

A l'examen, nous trouvons, à droite, au niveau de la partie moyenne et inférieure du septum, une tumeur arrondie et mûriforme, du volume d'une grosse cerise. Elle est très mobile et à pédicule court. Nous l'enlevons avec l'anse froide d'un polypotome, mais, bien que l'ablation ait été très lente, il se produit au moment de l'arrachement une hémorragie qui ne cède qu'à une compression prolongée et à une cautérisation à l'acide chromique. Rien d'anormal dans le nez, la cloison est saine dans toute son étendue. Pas de récidive.

La tumeur examinée renfermait une grande quantité de cellules rondes le long des vaisseaux dilatés et du tissu myxomateux.

Obs. III. — Homme, âgé de trente-deux ans, vient nous trouver en 1897 pour des épistaxis répétées de la narine gauche.

A l'examen, on constate, à la partie antérieure de la cloison et près du plancher, une petite tumeur non pulsatile, du volume d'un pois. Elle est rouge et finement lobulée. Elle paraît sessile, mais nous la mobilisons facilement et le pédicule paraît filiforme. Nous l'enlevons d'un coup de pince et l'hémorragie est arrêtée par la compression suivie d'une cautérisation au galvanocautère.

La cloison était normale, mais il existait du coryza chronique simple avec sécrétions abondantes. La tumeur ne fut pas examinée. Pas de récidive.

De 1897 à 1901 nous avons eu l'occasion d'observer trois nouveaux cas de myxomes papillaires de la cloison cartila-

gineuse. Il s'agissait d'adultes, une femme et deux hommes. Ces tumeurs étaient d'un volume relativement petit, semblables, comme caractères cliniques, à celles de nos observations précédentes et sans particularités intéressantes. Aussi nous dispensons-nous d'en faire la relation.

Mais cette année 1902, au mois de février, nous avons rencontré un cas du même genre qui, par le volume des tumeurs, leur multiplicité et les lésions concomitantes de la muqueuse du plancher et des cornets inférieurs, mérite d'être rapporté.

Obs. IV. — Un de nos excellents confrères de la région, M. le Dr P..., nous adressait, au commencement de cette année, une jeune fille d'une vingtaine d'années, qui se plaignait depuis déjà longtemps d'une obstruction nasale progressive. L'affection, pendant plusieurs années, s'était traduite par des phénomènes de coryza chronique avec mucosités abondantes. Mais, malgré un traitement continu et des saisons d'eaux minérales sulfureuses, l'obstruction nasale et la gêne de la respiration avaient peu à peu augmenté. Au moment de l'examen, la fosse nasale droite était complètement bouchée et la fosse nasale gauche ne respirait que très difficilement. Il ne s'était jamais manifesté d'épistaxis.

A l'examen rhinoscopique, nous constatons que le cornet inférieur gauche est moyennement hypertrophié et d'apparence unie. Le méat inférieur et la fosse nasale sont occupés par une tumeur rougeâtre, mamelonnée, qui paraît s'insérer par une large base d'implantation sur la cloison, ou sur le plancher. Cette tumeur, touchée par un stylet garni d'ouate, saigne assez abondamment; elle ne nous paraît pas de consistance bien ferme.

Dans la fosse nasale droite nous trouvons un cornet inférieur très hypertrophié, verruqueux, la tête est occupée par deux ou trois diverticules ressemblant à des bourgeons charnus, mais d'apparence un peu pâle. Tout l'espace libre, méat et plancher, est le siège d'une tumeur rougeâtre, verruqueuse et saignant aussi facilement. On ne peut se rendre compte des points d'insertion de la tumeur.

La forme extérieure du nez n'est pas modifiée. Mais malgré la longue durée de l'obstruction, cet envahissement de tumeurs bourgeonnantes sur les deux faces de la cloison et l'aspect du néoplasme nous font craindre que le septum ne soit perforé et

qu'il ne s'agisse d'une seule et même tumeur qui, après s'être développée d'un côté, a gagné l'autre en détruisant le cartilage. Comme l'examen a déterminé une épistaxis suffisante, nous ne poussons pas plus loin nos investigations, qui nous donnent à redouter la présence d'un myxo-sarcome.

La malade, décidée à se faire opérer, est revue quelques jours plus tard. Un second examen, pratiqué avec précaution pour ne pas faire saigner la tumeur, nous permet de constater à gauche l'intégrité de la cloison. Il nous est même possible de mobiliser la tumeur qui occupe cette fosse nasale, de voir qu'elle s'insère sur la cloison et qu'elle semble n'y tenir que par un pédicule court et grêle. Cette constatation dissipe toutes nos appréhensions. Malgré quelques difficultés occasionnées par le volume de la production néoplasique et par son tassement contre les parois nous pûmes l'englober dans l'anse du polypotome et l'enlever. Il ne s'écoula qu'une très faible quantité de sang. Le pédicule inséré sur la cloison était très court et filiforme. Ce polype aplati formait une sorte de gâteau appliqué contre la cloison. Il était bosselé, assez mou, à diamètre antéro-postérieur et mesurait dans sa plus grande longueur 4 centimètres.

A droite, la fosse nasale était tellement encombrée qu'il ne nous fut pas possible d'enlever la tumeur d'un seul coup. De ce côté, du reste, nous constatâmes après ablation qu'il existait quatre polypes papillaires : trois prenaient naissance sur la cloison, le quatrième provenait du plancher. Ils étaient d'une grande mollesse, se détachaient sans le moindre effort et ne saignaient pas ou presque pas. Nous avons conservé un fragment de la tumeur pour le faire examiner. Quelques autres bourgeons plus petits s'inséraient sur le vomer et furent raclés.

Dans une seconde séance nous enlevâmes à l'anse froide et également sans hémorragie appréciable les parties exubérantes du cornet inférieur et la queue de ce même cornet. Cette hypertrophie, contrairement à ce qu'on observe d'habitude, avait la même mollesse que les tumeurs de la cloison. La muqueuse de cette dernière était déjà cicatrisée et avait bon aspect.

Bien que dans l'observation que nous venons de rapporter les tumeurs enlevées appartinssent au type des myxomes papillaires de cette région, leur peu de consistance, ainsi que l'absence presque complète d'hémorragie au moment de l'ablation les différenciaient quelque peu de ce qu'on ren-

contre d'habitude. D'ordinaire aussi ces tumeurs sont uniques et n'occupent que l'une des fosses nasales, tandis qu'ici il en existait dans les deux. Si le polype était seul à gauche, on en voyait quatre distincts à droite. De plus, cette dégénérescence de la cloison était accompagnée de transformation myxomateuse des cornets inférieurs. Le cas était donc remarquable par l'étendue des lésions.

D'après ce que nous avons observé chez nos malades atteints d'hypertrophie de la muqueuse de la cloison, cette transformation myxo-papillaire, sous forme de tumeur à pédicule grêle et court, serait assez spéciale à la région du septum. A la partie antérieure et moyenne du vomer, dans les cas assez rares de dégénérescence myxomateuse que nous avons rencontrés, il existait, au milieu d'autres lésions de la muqueuse des fosses nasales, une tuméfaction diffuse, souvent d'apparence blanchâtre, de la muqueuse. Cette tuméfaction était soit lisse, soit plissée à sa surface et creusée de sillons plus ou moins profonds.

Quant à l'hypertrophie de sa muqueuse qui recouvre la partie postérieure de la cloison vers l'orifice choanal, elle affectait d'ordinaire chez les malades que nous avons observés tantôt la forme diffuse lisse ou plissée en surface, tantôt et le plus souvent surtout vers l'orifice postérieur la forme de saillies limitées, de crêtes d'une consistance fibro-myxomateuse assez dure dont on trouve quelques exemples dans les descriptions de Zuckerkandl.

De cette courte et bien incomplète étude nous pouvons, cependant, tirer les conclusions suivantes :

Parmi les rares tumeurs qu'on rencontre au niveau du septum, les plus fréquentes relativement sont constituées par des polypes muqueux d'un aspect spécial.

Ces polypes affectent la forme papillaire et renferment au milieu d'un tissu myxomateux de nombreuses cellules embryonnaires et des vaisseaux sanguins abondants plus ou moins dilatés.

De consistance habituellement assez ferme, rosées, ces productions mûriformes saignent avec facilité et donnent souvent lieu à des hémorragies abondantes, soit provoquées, soit spontanées.

Bien que la tumeur puisse être assez volumineuse, le pédicule en est ordinairement grêle et court. Le polype est d'habitude unique et unilatéral.

Ces néoplasmes se développent souvent sans qu'il existe d'autres lésions hypertrophiques ou inflammatoires de la muqueuse du nez. Ils sont de nature bénigne et ne paraissent pas récidiver après ablation.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Epithélioma de la face simulant un ostéo-sarcome du maxillaire chez un homme âgé, par MM. Dervaux et Danel.

En novembre 1900, le malade fit une chute sur une roue de voiture et eut à ce moment une légère blessure au niveau du maxillaire inférieur. Au bout de trois semaines, formation à ce niveau d'une boule dure et attachée à l'os, douloureuse, et qui fut prise pour un abcès et traitée comme tel. Une large incision donna issue à du sang et, ne s'étant pas refermée, obligea le malade à rentrer à l'hôpital. L'inspection, la palpation, l'état général resté à peu près bon, l'âge du sujet, la marche de l'affection et son aspect font porter le diagnostic de tumeur épithéliale, et procéder à la résection du maxillaire inférieur. Détaché de toute insertion ou ligament, le maxillaire est entraîné avec toute sa tumeur; le lambeau muqueux de la joue est suturé au lambeau muqueux du plancher de la bouche; on obtient ainsi l'exclusion complète de la plaie opératoire d'avec la bouche ainsi refermée. Le malade, très peu intelligent, se trouvant mieux au bout du quatrième jour, enlève son pansement et s'infecte, et, dix jours après, mourait par syncope. A l'autopsie, plèvre et péricarde pré-

sentent des fausses membranes et peu de liquide. En cette circonstance, le mode d'occlusion de la plaie buccale paraît excellent si l'on considère le résultat acquis, étant donnée surtout la nature de la tumeur, que l'examen histologique a démontré être non pas un ostéo-sarcome, comme on le crut tout d'abord, mais bien un épithélioma du maxillaire inférieur.

Etant donnés les caractères anatomo-pathologiques de la tumeur, il est logique d'admettre qu'il s'agit d'un cancroïde développé aux dépens de la peau et de la joue. La présence des globes épidermiques suffit à affirmer la nature cancroïdale de l'épithéliome. Quant aux productions cornées, elles ne se rencontrent que dans les parties profondes des coupes. (*Journ. des sciences méd. de Lille,* 8 févr. 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

Diagnostic des ulcérations de l'amygdale palatine, par le Dr Raoult.

Les ulcérations de l'amygdale palatine peuvent avoir une marche aiguë, et rentrent dans le caractère des amygdalites aiguës simples ou infectieuses; elle peuvent avoir une évolution lente (tumeurs, lupus, tuberculose), de même que certaines formes aiguës peuvent se prolonger sans toutefois devenir chroniques, comme l'amygdalite ulcéro-membraneuse. On ne peut donc faire une classification d'après les caractères d'acuité ou de non-acuité d'une ulcération amygdalienne. Par ulcération, l'auteur entend les pertes de substance des tissus amygdaliens, et élimine les ulcérations de la diphtérie, les aphtes, le pemphigus, l'herpès, l'amygdalite pultacée, la mycose et la kératose tonsillaire, même l'érysipèle qui ne provoque d'ulcérations que lorsqu'il se complique de gangrène.

MM. Brindel et Raoult ont établi une classification, qui a l'avantage de présenter les faits au point de vue clinique, et en s'aidant, pour établir le diagnostic, sur les données offertes par l'anatomie pathologique et la bactériologie. Voici cette classification :

I. Ulcérations primitives, constituant à elles seules toute la maladie;

II. Ulcérations secondaires survenant comme épiphénomène au cours d'une autre maladie;

III. Ulcérations symptomatiques qui, à elles seules, révèlent l'existence de la maladie qui les a engendrées.

Si elle ne peut être considérée comme absolue, cette classification a au moins le mérite de mettre de l'ordre dans les idées du clinicien.

I. *Ulcérations primitives de l'amygdale :*

1° Amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë de Moure. — Ulcération inflammatoire bénigne et isolée du tissu amygdalien, évoluant à l'état aigu autour d'une amygdalite lacunaire enkystée latente, et ayant pour conséquence la destruction d'une partie plus ou moins considérable de l'amygdale sur laquelle elle s'est développée.

Le traitement local est seul utilisé, et il est nécessaire d'enlever l'amygdale lorsqu'elle est trop volumineuse.

2° Amygdalite ulcéro-membraneuse. — Affection due à la localisation sur l'amygdale de la stomatite ulcéro-membraneuse, soit isolée, soit combinée à une lésion de la muqueuse buccale. Elle est due au développement d'une fausse membrane escharrotique, qui envahit une étendue plus ou moins grande de la muqueuse. Dans un premier stade, la fausse membrane recouvre une érosion; dans un second stade, l'ulcération se crée dans la profondeur du tissu amygdalien. Le changement de nourriture, l'hygiène, les attouchements à la teinture d'iode ou au chlorure de zinc, enfin les comprimés de chlorate de potasse, telle est la base du traitement de cette affection, dont la durée peut être de plusieurs mois.

3° Gangrène primitive. — C'est le plus souvent une complication locale d'une fièvre infectieuse. Elle est caractérisée par l'apparition sur l'amygdale, parfois même sur les piliers et le voile du palais, d'une plaque livide plus ou moins circonscrite, ou d'une phlyctène suivie de sphacèle, puis d'une plaie.

4° Pseudo-diphtéries ulcéreuses. — Ulcération à début rapide s'annonçant par des frissons, une fièvre intense, parfois même, chez l'enfant, par un état comateux. La

douleur locale est très vive, la déglutition impossible, la salivation abondante, l'haleine fétide.

II. *Ulcérations secondaires de l'amygdale :*

1° Ulcérations dans les maladies infectieuses. — Toujours dues à une infection secondaire, surajoutée à la maladie primitive. L'ulcération typhique a un aspect tout particulier, et se complique souvent de gangrène.

α) Diphtéries ulcéreuses : toujours dues à l'association du bacille de Löffler; le plus souvent au streptocoque.

β) La diphtérie pure non associée recouvre une érosion, jamais une ulcération. L'adénopathie est énorme, et cette affection est fréquemment mortelle, la plupart des traitements restant inefficaces.

2° Angines infectieuses secondaires. — Se rencontrent le plus souvent à la suite de la rougeole, variole, scarlatine, et ne diffèrent des pseudo-diphtéries ulcéreuses que par le mode d'infection qui, au lieu d'être primitif, est secondaire.

3° Ulcérations dans la tuberculose. — La tuberculose de l'amygdale peut être primitive ou secondaire : atteindre la tonsille d'une façon latente, ou par infiltration miliaire ou sous forme d'ulcérations, qui peuvent, dans ce cas, évoluer à l'état aigu ou à l'état chronique. L'ulcération se présente sous la forme d'une petite cupule à fond blanchâtre, à bords rouges vineux, irréguliers, déchiquetés, taillés à pic ou en biseau. Le traitement consiste en attouchements à l'acide lactique, au chlorure de zinc; cautérisation et curettage des bourgeons exubérants. Dans l'ulcération à marche aiguë, le traitement est le plus souvent sans effet. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 février 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Notes sur la syphilis acquise du nez et du pharynx *(Notes on acquired syphilis of the nose and pharynx)*, par M. C. A. Parker.

Ce travail montre toute l'importance d'un diagnostic précoce et d'un traitement approprié des manifestations si fréquentes de la syphilis des voies respiratoires supérieures. Autant ces manifestations s'amendent, grâce à un trai-

tement bien dirigé dès le début, autant il est difficile de prévoir l'étendue de tous les ravages qu'elles peuvent produire lorsque ce traitement est négligé. Celui-ci est toujours le même, quelle que soit la localisation de la lésion syphilitique. Les accidents primaires et secondaires doivent être traités par l'administration de mercure à l'intérieur, et les lésions tertiaires par l'iodure de potassium. Il est pourtant un point spécial dans le traitement de la syphilis de la gorge et du nez, c'est que bien souvent l'iodure de potassium seul, même à doses élevées, est inefficace, tandis que l'affection cède rapidement à l'iodure de potassium combiné au mercure. Le meilleur moyen d'administrer le mercure, dans ces cas particuliers, c'est les frictions. Et c'est vraiment surprenant de voir l'amélioration rapide que produit ce traitement combiné dans des cas où l'iodure de potassium a été pris depuis des mois sans bénéfice aucun.

Il est encore un point qu'il ne faut pas oublier au cours du traitement de la syphilis tertiaire : quand il existe de la sténose du larynx, l'iodure de potassium doit être administré avec les plus grandes précautions, car il a souvent pour premier effet d'occasionner un œdème rapide de la muqueuse laryngée et d'augmenter considérablement l'obstruction respiratoire, qui peut nécessiter parfois une trachéotomie d'urgence.

SYPHILIS PRIMAIRE DU NEZ. — *Accident primaire.* — Celui-ci est très rare, quoiqu'il ait été plusieurs fois observé. Il a généralement pour siège l'aile du nez ou le vestibule; il est vrai que des cas ont été rapportés où le chancre siégeait sur la muqueuse des fosses nasales. Une tuméfaction dure de l'aile ou du vestibule du nez, occasionnant de la sténose, mais relativement peu de douleurs ou de gêne et accompagnée d'une adénite sous-maxillaire unilatérale, doit faire soupçonner un chancre syphilitique. La tumeur a toujours une base indurée et saigne facilement. L'affection avec laquelle le chancre pourrait facilement être confondu est le sarcome, surtout si le premier siège sur la véritable muqueuse des fosses nasales.

SYPHILIS SECONDAIRE DU NEZ. — Les manifestations qu'on

observe à cette période sont : 1° coryza; 2° plaques muqueuses; 3° rhinite érythémateuse et papuleuse et 4° ulcération superficielle.

1° *Coryza.* — Il est la manifestation la plus fréquente et la plus précoce de la syphilis secondaire du nez. Il est cependant difficile de le différencier d'un catarrhe ordinaire et il passe souvent inaperçu. Dans la syphilis, la rhinite revêt un type subaigu et dure longtemps. L'écoulement est peu abondant et de couleur brunâtre. La muqueuse, surtout celle du cornet inférieur, est foncée, de couleur pourpre et sèche. Le début du coryza coïncide ordinairement avec l'apparition de l'éruption cutanée.

2° *Plaques muqueuses.* — Il existe une grande divergence d'opinions au sujet des plaques muqueuses du nez. L'auteur n'y en a jamais trouvé quoiqu'il ait examiné le nez d'un grand nombre de malades atteints de plaques muqueuses de la bouche et de la gorge.

3° *Rhinite érythémateuse et rhinite papuleuse.* — Elles accompagnent respectivement l'éruption roséolique et papuleuse de la peau, siègent autour des narines et dans le vestibule, mais ne se propagent jamais à la muqueuse proprement dite.

4° *Ulcération superficielle.* — Elle se produit à la suite de l'érosion de plaques muqueuses et, nécessairement, est extrêmement rare. L'ulcération superficielle, quand elle se développe, est généralement un symptôme tertiaire précoce.

De ce qui précède, on voit que la syphilis secondaire n'attaque pas le nez d'une façon très grave et le seul symptôme susceptible de nécessiter un traitement est le coryza qui, par la sténose qu'il produit, occasionne souvent de la gêne respiratoire et des céphalées. Si le coryza lui-même, ou tout autre symptôme l'accompagnant, met sur la voie du diagnostic, on prescrira du mercure à l'intérieur; on ordonnera en même temps des topiques locaux, habituellement employés dans un catarrhe ordinaire.

Syphilis tertiaire du nez. — On l'observe sous une des formes suivantes : 1° gommes; 2° ulcération superficielle;

3° ulcération profonde et nécrose; 4° cicatrices, adhérences et déformations.

1° *Gommes.* — Elles s'ouvrent et s'ulcèrent si rapidement qu'on les observe rarement intactes; aussi est-il de la plus haute importance de pouvoir les diagnostiquer : car un traitement approprié, promptement administré, peut épargner au malade toutes les souffrances qu'occasionnent les ulcérations et la nécrose, conséquences inévitables d'un traitement négligé ou mal dirigé.

2° *Ulcération superficielle.* — Peu fréquente, mais survient parfois entre la troisième et la cinquième année après l'infection. Elle serait due à la rupture d'une infiltration gommeuse superficielle.

3° *Ulcération profonde et nécrose.* — Résultat très fréquent de la syphilis. Les périodes des plus grands dangers en sont entre la première et la troisième et entre la huitième et la quatorzième année après l'infection.

4° *Cicatrices, adhérences et déformations.* — Elles produisent le « nez en selle » de « bull-dog » et d'autres déformations nasales.

Complications. — Parmi celles-ci sont des affections des oreilles et des cavités accessoires, la pharyngite et la laryngite sèches, la perforation du palais dur et des complications cérébrales.

Diagnostic. — Il doit être fait avec le lupus, l'ozène et les tumeurs malignes.

Traitement. — Le traitement général est basé sur les principes énoncés plus haut. Localement, les fosses nasales seront nettoyées et débarrassées, aussi vite que possible, de toutes les croûtes et de tissus nécrosés; les séquestres seront enlevés et les granulations grattées à la curette, et le malade fera des lavages du nez avec une solution alcaline. Dans des cas rebelles, le nettoyage du nez sera suivi d'une insufflation de calomel et d'un tamponnement à la gaze antiseptique. Cette dernière sera changée tous les jours, ce qui n'offre aucune difficulté, car le malade peut apprendre à le faire lui-même. Le tamponnement du nez a

pour but d'empêcher la formation des croûtes et de maintenir la muqueuse propre et humide.

SYPHILIS DU NASO-PHARYNX. — La syphilis primaire et secondaire du naso-pharynx est très rare. Par contre, la syphilis tertiaire de cette région n'est nullement rare, et quoiqu'il existe généralement des signes de l'affection dans le nez et le pharynx, il arrive parfois que le naso-pharynx est le premier envahi par la lésion tertiaire, et reste seul atteint.

SYPHILIS DU PHARYNX. — L'accident primaire s'observe dans le pharynx très fréquemment et est généralement localisé sur l'une ou l'autre amygdale, dont les caractères cryptiques se prêtent à la rétention et au développement du poison. Seifert a réuni 179 cas de chancre du pharynx, dont 149 siégeaient sur les amygdales et 30 sur le voile du palais et les piliers. L'infection se fait généralement à la suite d'un baiser ou par l'usage d'objets infectés, tels que verres, tasses, pipes, brosses à dents, etc. Les symptômes peuvent être classés ainsi que suit : 1° maux de gorge persistants et augmentant; 2° déglutition douloureuse, toujours rapportée au côté malade; 3° tuméfaction indurée d'une des amygdales; 4° ulcération sale au centre de la tuméfaction, d'apparence granuleuse, recouverte de mucus épais et de coloration grisâtre; 5° adénite unilatérale précoce à l'angle de la mâchoire, ordinairement douloureuse ou quelquefois simplement sensible à la pression; 6° céphalées, et parfois élévation considérable de la température. Le diagnostic en est difficile et ne peut souvent être établi avant l'apparition des symptômes secondaires.

SYPHILIS SECONDAIRE DU PHARYNX. — Elle est caractérisée par les manifestations suivantes : 1° érythème; 2° plaques muqueuses; 3° ulcération superficielle.

SYPHILIS TERTIAIRE DU PHARYNX. — Les lésions de cette période sont : 1° gommes, circonscrites ou diffuses; 2° ulcérations; 3° cicatrices, rétractions et adhérences.

Traitement. — Quelle que soit la forme de syphilis tertiaire du pharynx, le traitement de choix est l'association d'iodure de potassium à l'intérieur et de mercure en fric-

tions. Ce traitement dont les heureux effets se font rapidement sentir doit être institué aussitôt le diagnostic établi. Dans l'ulcération tertiaire, la surface de l'ulcère sera soigneusement nettoyée, saupoudrée d'iodoforme, et dans quelques cas de calomel. S'il existe de la douleur, l'insufflation d'orthoforme amènera un soulagement considérable. Le nitrate d'argent et l'acide chromique peuvent également être utilisés avec succès. En ce qui concerne le traitement des adhérences et des synéchies cicatricielles, moins on interviendra chirurgicalement, mieux cela vaudra pour le malade. En effet, l'expérience nous apprend que s'il est facile de pratiquer une large ouverture, il est presque impossible de la maintenir ouverte, et que l'état du malade s'aggrave de plus en plus à chaque récidive des adhérences et de rétraction, qui laisse un orifice plus petit qu'auparavant. Il n'est donc jamais prudent d'avoir recours à une opération, à moins qu'il n'y ait pour cela une indication spéciale. Une opération est-elle considérée comme absolument nécessaire, on emploiera tous les moyens pour maintenir un large orifice. Les opérations plastiques, l'insertion de tampon, de tubes, etc., sont assurément des procédés qui comptent chacun à son actif quelques succès, mais, en règle générale, quelque grande que soit l'ingéniosité déployée par le médecin, on n'obtient, en somme, que des insuccès. Il est surprenant de voir à quel point des adhérences nombreuses occasionnent relativement peu de gêne. Quand l'orifice est si petit qu'il y a à craindre l'apparition de symptômes inquiétants, il suffit généralement de passer régulièrement des instruments dilatateurs de volume de plus en plus fort, afin de soulager rapidement le malade, qui peut, d'ailleurs, apprendre facilement à se faire lui-même cette manipulation. (*The Lancet*, 26 janv. 1901, d'après *The Journ. of Laryngol.*, janv. 1902.)

TRIVAS.

LARYNX ET TRACHÉE

Kyste de l'épiglotte *(Cyst of epiglottis)*, par le Dr COOMBS.

La malade était une négresse. Le kyste occupait la partie

antérieure de l'épiglotte, qu'il masquait presque entièrement. La tumeur avait le volume d'une grosse prune, était parfaitement kystique et ressemblait exactement à une vessie de poisson. Elle n'occasionnait aucune gêne, et la malade ne se doutait guère de son existence. La malade a d'abord consenti à se laisser opérer, mais, au jour fixé pour l'opération, elle ne s'est pas présentée, et depuis on ne l'a plus revue. (Louisville clinical Society, séance du 22 oct. 1901, anal. *in The amer. Practitioner auditews*, 15 déc. 1901.)

TRIVAS.

Fracture du larynx, par M. CAZALIS, interne à Reims.

L'auteur a été appelé à donner ses soins à un homme qui, après s'être pendu, est amené dans un état comateux avancé. Le malade a une dyspnée intense, l'auscultation révèle une congestion des poumons; le lendemain, le malade mourait.

La nécropsie ne révèle rien de particulier, ni du côté des méninges ni du côté du cerveau.

Les poumons sont un peu congestionnés, les valvules du cœur en bon état, foie normal, reins légèrement kystiques.

Le larynx est fracturé au niveau des deux grandes cornes du cartilage thyroïde, qui est complètement ossifié. On remarque une fracture incomplète au niveau de la base de la grande corne gauche. Enfin, sur toute la surface du ligament thyro-hyoïdien, on remarque un épanchement sanguin assez notable. (*Union méd. du Nord-Est*, 30 janv. 1902.)

Dr MERCIER BELLEVUE.

OREILLES

A propos d'une intervention sur la fenêtre ronde. Résultat thérapeutique satisfaisant *(Ueber eine erfolgreiche Operation am runden Fenster)*, par le Dr LUCAE.

Femme de quarante et un ans; très nerveuse; se plaignant de surdité progressive et de bourdonnements à timbre éclatant surtout à droite. Thérapeutique ordinaire pendant quinze jours; pas de résultat.

L'excision du tympan, suivie de l'ablation du marteau

et de l'enclume reste sans effet aussi. Pendant l'opération, on remarque que la fenêtre ronde, nettement visible par le conduit, est occupée par deux exostoses semi-sphériques, se touchant sur la ligne médiane et ne permettant pas à une aiguille fine de traverser.

A une deuxième intervention, l'auteur les enlève facilement avec une fraise de dimensions très réduites; il n'y eut pas d'écoulement de sérosité labyrinthique. Douleurs de tête très vives et hyperesthésie acoustique pendant quelques jours; au point de vue fonctionnel, résultat remarquable. La voix chuchotée, de 80 centimètres, monte à 3 m 50; le timbre éclatant des bruits subjectifs disparaît complètement, il ne reste plus que des bourdonnements. La fenêtre ronde reste largement ouverte; régénération du tympan.

Un mois après, même état satisfaisant. Le tympan régénéré complètement est excisé de nouveau. Deux mois après, la voix chuchotée était encore entendue à 3 mètres.

On a déjà décrit plusieurs fois les exostoses de la fenêtre ronde; elles seraient fréquentes, surtout chez les vieillards, et rappelleraient beaucoup, au point de vue symptomatique autant que thérapeutique, les exostoses du conduit. (LXXIII[e] Assemblée des médecins et naturalistes allemands ; Extr. des *Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, n[os] 3 et 4.)

Dr Bertemes.

Seringuage de l'oreille et canules auriculaires, par le Dr Suarez de Mendoza.

En présence des difficultés que rencontre parfois le malade pour bien faire un seringuage d'oreille, l'auteur conseille l'usage de plusieurs espèces de canules auriculaires. Rejetant l'emploi de la petite seringue urétrale, dont l'effet est absolument insuffisant, l'auteur recommande l'emploi de n'importe quel appareil pouvant fournir un jet suffisant et la quantité de liquide voulue : siphon, bock, enema. Reste le bout de l'instrument, c'est-à-dire la canule : les unes sont trop larges, les autres sont trop longues et trop effilées.

Pour obvier à ces inconvénients, l'auteur, à l'exemple

de quelques spécialistes, a fait construire une canule à arrêt, sorte de tige perpendiculaire, qui a pour but de limiter l'entrée de la canule dans le conduit. De cette façon, le tympan ne peut être atteint, et le malade peut sans crainte pratiquer une irrigation utile et efficace.

L'auteur a même fait construire une deuxième canule permettant aux malades de faire de grandes injections sans risquer de mouiller leur vêtement. Cette canule se compose de deux tubes concentriques : l'un, interne (et dépassant d'un millimètre et demi le tube externe), amène le liquide qui, après avoir exercé son action, s'échappe par le tube externe; à son tour, le tube externe est percé d'un orifice auquel on fixe un tube en caoutchouc et par lequel le liquide ayant servi à l'injection s'écoulera à l'extérieur.

L'auteur fait remarquer que cette deuxième canule n'est qu'un adjuvant de la canule à arrêt, qui seule sera employée dans toutes les injections détersives et copieuses. (*Archiv. de méd. et chir. spéciales*, n° 1, 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

NOUVELLES

— **Association de la Presse médicale française.** Secrétariat général : Boulev. St-Germain, 93, Paris (VIe). — *Réunion statutaire du vendredi 2 mai 1902 :* Le vendredi 2 mai 1902, a eu lieu, à Enghien, la réunion statutaire de l'*Association de la Presse médicale française*, sous la présidence de M. de Ranse, syndic honoraire. — Vingt-trois membres y assistaient.

Élection — M. le Dr Dereck, rédacteur en chef de la *Tuberculose infantile*, a été admis comme membre de l'Association.

Conférence de Monaco. — Au nom des Délégués nommés par l'Association pour la représenter à la *Conférence internationale de la Presse médicale* à Monaco, M. le Dr Valude a relaté les décisions prises à cette réunion. — Un compte rendu de la Conférence sera publié prochainement par le Bureau de l'Association internationale.

Congrès international des Sciences médicales de Madrid. — L'Association charge MM. R. Blondel, Doléris et Marcel Baudouin de

la représenter au comité français de propagande, organisé sous la présidence de M. le professeur BROUARDEL.

Tarif du transport des journaux. — Une Commission, composée de MM. ARCHAMBAUD, VIDAL, BLONDEL et M. BAUDOUIN, est nommée pour étudier la question du *Tarif international du transport des journaux.*

Ligue des médecins et des familles. — M. DOLÉRIS recommande cette ligue nouvelle aux Médecins journalistes d'une façon toute particulière.

Le Secrétaire général
Marcel BAUDOUIN.

La Catastrophe de la Martinique et les étudiants en médecine de Saint-Pierre.

L'épouvantable catastrophe qui a soudainement détruit la ville de Saint-Pierre et ravagé la Martinique a excité l'horreur et la compassion dans tout le monde civilisé, et l'humanité tout entière s'est sentie atteinte. Nous nous sentons tous solidaires ; mais, sans vouloir en rien détourner le courant de fraternité universelle, il semble cependant que la famille médicale a le droit et le devoir de s'occuper plus spécialement de ses membres si atrocement frappés.

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris croit devoir attirer l'attention du corps médical sur la situation des étudiants en médecine originaires de Saint-Pierre ou des environs.

Nous pensons obtenir facilement, pour ceux qui ne l'ont pas déjà, la gratuité des inscriptions et des travaux pratiques ; mais il paraît, en outre, nécessaire d'assurer leur entretien pendant la durée de leurs études.

Il est à craindre que le Comité officiel ne puisse obtenir un résultat complet — il y a tant de misères ! — mais l'initiative privée peut lui venir en aide ; le corps médical pourrait, dans la mesure du possible, suppléer à la suppression des petites mensualités que ces malheureux jeunes gens ne recevront plus de leurs familles éteintes.

Il suffirait de former un Comité médical, composé de médecins, s'adressant aux médecins, pour assurer l'entretien des étudiants en médecine originaires de Saint-Pierre ou des environs.

Le Comité serait formé facilement par les médecins créoles des Antilles, les représentants des Associations médicales, des Sociétés médicales savantes ou professionnelles, de la Presse médicale, etc. Les fonds seraient centralisés par le caissier de l'Académie ou de la Faculté de médecine.

Dr DUCOR, *Secrétaire général.*

En conformité de cette circulaire, les étudiants en médecine *originaires de Saint-Pierre et des environs* sont priés de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, pour que le Comité en formation puisse agir d'après des bases certaines, et efficacement.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 22. 31 MAI 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

APPLICATION DES PRODUITS PARAFFINÉS
DANS LES
DÉFORMATIONS ET LES AFFECTIONS DU NEZ[1]

Par le Dr **DELIE**, d'Ypres.

Vous avez tous connaissance des travaux qui traitent de l'emploi des injections de vaseline ou de paraffine dans la prothèse nasale, des espérances que le promoteur Gersuny, de Vienne, avait fait naître, des modifications introduites par Eckstein, de Berlin, qui remplaça la vaseline par la paraffine solide et de la confirmation, par plusieurs médecins distingués, des beaux résultats obtenus par la méthode (Rhömer, Stein, Wolff, Delangre, Broeckaert, etc.).

Des discussions physiologiques sur la modalité éloignée des produits paraffinés introduits sous la peau ou les muqueuses, il résulte qu'elle varie avec la consistance et le point de fusion des diverses paraffines. La paraffine liquide déposée au milieu des tissus disparaît peu à peu (Eckstein, Broeckaert). La vaseline blanche ordinaire allemande (mélange de paraffine liquide 4 et de paraffine solide 1) qui fond entre 38° et 40°, abandonnée dans l'organisme est également soumise à un certain degré de résorption progressive; mais elle serait heureusement remplacée par du tissu conjonctif dont

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1902.

les trames fibreuses pénètrent dans la masse (Stein), — d'après un procédé histologique analogue à celui qui se produit avec les injections de gélose (agar 4, eau salée 77 o/oo) ou les coagulums de thrombose. — Au bout de quelque temps (trente jours, d'après Stein), ce feutre connectif, dont les mailles sont remplies de vaseline, acquiert une consistance sensiblement analogue à celle du cartilage. La paraffine solide employée par Eckstein et Broeckaert est fusible à 60°. Sa résorption est faible ou nulle : une véritable capsule de tissu conjonctif se développe autour de la masse de paraffine solide, dans laquelle ne pénètrent ni éléments cellulaires ni vaisseaux sanguins ; au bout de quatre semaines il se forme une véritable poche kystique circonscrivant un bloc de paraffine dans lequel aucun travail d'absorption ne se manifeste.

Quelle paraffine convient-il d'injecter?

Les praticiens sont divisés en deux catégories : les uns, avec Gersuny et Stein, préconisent la vaseline ordinaire et rejettent toute paraffine dont le point de fusion dépasse 50°. Ils ont présumé qu'une paraffine qui ne répond pas à cette condition serait difficile à injecter à cause de sa solidification rapide ; qu'elle provoquerait dans les tissus périphériques une inflammation dont l'intensité variable pourrait entraîner parfois la nécrose de la peau sus-jacente à cause de la température élevée qu'il faut lui conserver pour s'en servir : c'était courir au-devant d'un échec opératoire à cause de l'expulsion du bloc de paraffine après élimination de la peau mortifiée. Ces craintes, énoncées sous une conviction prudente et raisonnée, ne se sont heureusement point vérifiées à moins de mépriser les précautions d'usage. Les autres, avec Eckstein, ont arrêté leur choix à une paraffine solide dont le point de fusion se rapproche de 60°. Ils estiment qu'avec ce produit on est moins exposé à voir la paraffine se répandre par infiltration dans les tissus voisins, qui doivent rester intacts au point de vue esthétique ; en outre, ils expriment la certitude que le résultat immédiat restera intégralement définitif.

Dans les applications que j'ai faites pour les cas de nez camus, effondrés ou rudimentaires (19 cas), de narines affaissées à la suite d'opération de bec-de-lièvre (2) de perte partielle du pavillon de l'oreille (1), de dimensions excessives du canal nasal à la suite de réduction exagérée des cornets (cas nombreux depuis novembre 1901), j'ai expérimenté différentes combinaisons de paraffines; j'ai adapté la qualité du produit au but recherché; j'ai varié la nature des mélanges paraffinés selon l'état de la peau ou de la muqueuse où se fait l'injection.

Disons un mot des diverses compositions dont on peut préconiser l'usage :

1° Une recommandation spéciale doit être adressée à la vaseline américaine, qui diffère totalement de la vaseline blanche ordinaire allemande; elle est stable, tirée directement du pétrole, plus diaphane, moins blanche et plus solide que son homonyme. Son point de fusion est 41°5.

2° Un mélange de paraffine solide 1, et de paraffine liquide 4 donne la vaseline ordinaire fusible de 38° à 40°.

3° 4 parties de paraffine solide et 6 parties de paraffine liquide donnent un produit fusible à 44°.

4° 5 parties de paraffine solide et 5 parties de paraffine liquide donnent un corps fusible à 48°.

5° 6 parties de paraffine solide mêlées à 4 parties de paraffine liquide donnent un produit fusible à 50°.

6° 8 parties de paraffine solide et 2 parties de paraffine liquide donnent un produit fusible à 56°.

Toutes ces préparations sont faites par ébullition au bain-marie et conservées dans des vases hermétiquement clos. Des combinaisons de vaseline américaine avec la paraffine donnent des produits analogues qui me semblent moins sujets à s'altérer par la chaleur.

La paraffine solide pure, dont le point de fusion varie de 74 à 80° n'est franchement pas utilisable.

Sans détailler les différents cas traités qui, tous, ressem-

blent à ceux que vous connaissez, je me contenterai de vous exposer mes conclusions.

Dans les cas de prothèse pour restauration de ruines nasales, il convient de donner la préférence aux mélanges qui, après refroidissement, laisseront une charpente solide; vous les choisirez d'autant plus dures que la peau sous laquelle la paraffine sera injectée est moins tendue, plus saine, et qu'elle se laisse plus facilement soulever. La disparition d'une partie du squelette osseux du nez demande à être réparée par les paraffines au point de fusion le plus élevé. Dans un cas d'affaissement d'une aile nasale qui défigurait le joli minois d'une demoiselle de dix-huit ans, opérée dans son enfance de bec-de-lièvre, j'ai injecté du coup 2 grammes de paraffine fusible à 60° à la base de l'aile incriminée; celle-ci s'est parfaitement soulevée, l'enfoncement de la lèvre a été comblé, la difformité a disparu sous le modelage digital de la masse injectée; l'heureux résultat esthétique s'est maintenu depuis quatre mois.

Quand il s'agit de cavités nasales dont la lumière est démesurément grande à cause du ratatinement des cornets, il faut choisir pour injecter sous la muqueuse nasale des paraffines à point de fusion inférieur. J'ai été conduit à tenter ces injections dans l'espoir de rendre aux cornets leurs dimensions primitives; le rétrécissement permanent du canal nasal empêchera la stagnation, le desséchement, voire même la putréfaction des sécrétions nasales; elle apportera ainsi un heureux correctif aux inconvénients de ces pharyngites sèches qui, par leur ténacité, créent des ennuis si profonds aux sujets qui en sont porteurs et aux spécialistes dont ils implorent les lumières. Sans avoir la prétention d'établir définitivement un mode thérapeutique, je suis heureux de pouvoir communiquer à cette auguste assemblée les premiers résultats de mes recherches. La matière qui, dans ce cas, jouit de mes préférences est un mélange de vaseline américaine 10 parties et de paraffine solide 2 parties. Le but à

poursuivre est celui de provoquer un réveil d'activité conjonctive plutôt que d'édifier des stalagmites dures qui exercent une pression nocive sur les cornets. Les injections sous-muqueuses se pratiquent plus ou moins aisément, suivant le degré d'atrophie que présente la muqueuse nasale. Quand celle-ci est encore saine, qu'elle offre en partie du moins cet aspect normal de coussinet rosé que vous lui connaissez, elle se laisse détacher du squelette osseux, soulever avec la plus grande facilité par la paraffine liquéfiée; celle-ci s'infiltre de proche en proche dans le tissu sous-muqueux, à la condition que l'injection soit faite d'une manière lente et continue; on voit apparaître ainsi autour du point injecté un bourrelet dont la teinte pâlit. Si la muqueuse est fort adhérente aux cornets rudimentaires, si elle n'en constitue pour ainsi dire qu'un revêtement cicatriciel, scléreux, vous pourrez difficilement engager le bec de l'aiguille. Dans cette éventualité la paraffine s'écoule dans le nez, s'y solidifie et est expulsée par l'action de se moucher; vous éprouvez un échec opératoire, mais il vous reste la consolation de n'avoir fait aucun mal. Il arrive aussi, soit que la pointe de l'aiguille n'ait pas pénétré parfaitement dans le tissu sous-muqueux, soit que la muqueuse malade ait ses pores trop ouverts, que le liquide injecté suinte à travers les ouvertures de la muqueuse comme à travers un tamis.

Il convient de se demander si les injections ne peuvent nuire aux fonctions de la muqueuse nasale. Il est permis de se rappeler que dans les atrophies la muqueuse malade s'est dépouillée en partie ou en totalité de ses fonctions physiologiques : il n'y aurait donc *a priori* ni crainte ni crime de courir le risque de supprimer une force vitale moribonde. Je n'ai jamais eu à regretter de fâcheux événements : la muqueuse, soulevée par son coussinet de vaseline, récupère au bout de quelques jours sa coloration normale; elle est rose et humide; elle se révèle tout simplement un peu plus dure au toucher.

La pratique des injections de vaseline paraffinée m'a fourni des résultats excellents dans les cas de disparition trop étendue du cornet inférieur (après les opérations de sinusite, les turbinectomies, polypes muqueux, etc.). Dans les rhinites atrophiques, les effets encourageants dépendent du degré d'altération de la muqueuse, de la réussite des injections et de la nature même de l'affection pathologique déterminante. Dans l'ozène vrai même, elles peuvent rendre des services signalés en diminuant le volume de la cavité nasale : elles font l'office continu du tampon vespéral jadis recommandé par notre honorable confrère Martin ; judicieusement distribuées, elles empêchent l'accumulation des sécrétions nasales avec leur cortège de misères ; si elles ne guérissent pas l'ozène, elles soulagent l'ozéneux et facilitent son traitement.

L'anatomie pathologique de l'ozène n'est pas encore parfaitement déterminée. L'affection peut exister dans un nez à canal de dimensions normales, sans présence de croûtes ; son origine microbienne est loin d'être péremptoirement prouvée. Il est cependant cliniquement acquis qu'en général l'ozène se caractérise par une rhinite atrophique avec fétidité. A la dernière réunion de septembre 1901 des rhinologistes allemands, à Hambourg, Cordes, de Berlin, émit l'opinion que le fait pathognomonique de l'ozène réside dans l'atrophie du squelette des cornets à la suite d'un travail de résorption qui envahit la charpente osseuse. Ce processus retentit sur les vaisseaux des canalicules et des sillons osseux, la circulation souffre par défaut de voies libres, l'épithélium s'altère à la surface des cornets (Siebenmann), les glandes de la muqueuse subissent des modifications de nutrition et déversent dans la cavité nasale une sécrétion anormale qui constitue, sans doute, un terrain favorable au développement de bactéries. Les moyens thérapeutiques devraient donc tendre à arrêter ce processus régressif : tous les remèdes capables de rappeler la vitalité qui s'éteint en provoquant une fluxion plus ou moins vive pourront exercer un effet favorable. Tels

sont les irrigations nasales à températures élevées, les vaporisations (Flatau), les incisions dans les cornets, surtout le moyen (Cordes), le massage vibratoire, le courant continu à tension modérée, les pointes galvanocaustiques discrètes, les injections de sérum antidiphtéritique, l'intercurrence d'un érysipèle, peut-être même l'électrolyse cuprique (Cheval), etc. Pourquoi les injections sous-muqueuses de produits paraffinés capables de provoquer une prolifération de tissu conjonctif ne pourraient-elles concourir favorablement à la régénération des cornets, et peut-être avec plus de chances de succès que ses congénères, puisque leur action est localisée et durable?

Le professeur Siebenmann a également, à Hambourg, attiré l'attention de ce côté. Je me rappelle le cas d'un malade, beau et solide garçon atteint d'ozène naso-pharyngo-laryngé, chez lequel je suis parvenu, à la suite d'injections dans les cornets inférieur et moyen, à supprimer petit à petit tout phénomène ozéneux du côté droit; du côté gauche, les effets ont été moins encourageants à cause de la difficulté de pratiquer les injections dans une muqueuse extrêmement malade accolée à un simulacre de cornet inférieur.

Instruments et technique opératoire. — Les injections peuvent s'exécuter au moyen d'une bonne seringue de Pravaz : il suffit que le cylindre en verre soit bien vissé à l'armature et que l'aiguille s'adapte parfaitement, soit par glissement, soit au moyen d'un pas de vis, à l'embout de la seringue. Pour les opérations extérieures, on peut se servir d'aiguilles de 3 à 6 centimètres de longueur, droites et à lumière un peu grande. Pour les injections sous-muqueuses, je me suis fait construire des aiguilles analogues, mais d'une longueur de 10 centimètres : les unes sont droites, les autres ont l'extrémité légèrement recourbée.

L'aiguille et la seringue sont passées à l'alcool, essuyées avec de l'ouate ou de la gaze aseptique et déposées sur un objet désinfecté (assiette flambée, plaque de verre, gaze, etc.).

La quantité convenable de paraffine est introduite dans une petite capsule en nickel garnie d'un manche. La capsule est ensuite maintenue au-dessus d'une lampe ou d'une flamme jusqu'à liquéfaction et ébullition du produit paraffiné ; je charge alors la seringue armée de l'aiguille (quand on se sert de paraffines dures, il n'est pas superflu de chauffer légèrement le corps de la seringue avant d'aspirer la matière en fusion). Dans la prothèse nasale externe, je fais saillir entre le pouce et l'index gauches la partie préalablement choisie et désinfectée à l'alcool, sur laquelle doit se pratiquer l'injection. Pour les opérations aux ailes du nez, un doigt ou le pouce introduit sous la lèvre, un doigt ou un tampon de gaze ou d'ouate engagé dans la narine, font saillir les parties et les portent au-devant de l'appareil à ponction. Pour mesurer la chaleur convenable et m'assurer en même temps du degré de limpidité de la paraffine ou vaseline paraffinée à injecter, je fais couler une petite goutte sur le dos d'un doigt ou de la main gauche. (Avec un peu d'habitude, les doigts qui tiennent la seringue reconnaissent vite au toucher quand le moment favorable se présente pour procéder à l'injection.) Le défaut d'écoulement de quelques gouttes de liquide, sous la pression de l'index droit, indique que la paraffine s'est déjà figée *dans l'aiguille*. Pour combattre cette fâcheuse éventualité, il suffit de présenter pendant quelques secondes au-dessus de la lampe l'embout de la seringue avec la partie postérieure et moyenne de l'aiguille pour reliquéfier le produit paraffiné. On est averti de cet événement par la petite goutte de liquide qui s'échappe du bec de l'aiguille soit spontanément soit sous l'effet d'une faible pression de l'index sur le piston. Vous avez parfaitement le temps de faire l'injection, à la condition qu'après avoir introduit l'extrémité de l'aiguille dans le tissu *sous-dermique* vous exerciez sur le piston de la seringue une pression régulière et continue. Les doigts de la main gauche restent toujours en place et empêchent la migration du liquide au delà des

limites désirables. L'injection achevée, je laisse l'aiguille en place pendant quelques instants; après l'avoir retirée, je pratique le modelage digital de la saillie nasale que je viens de créer. Finalement, une goutte de collodion salolé est appliquée sur le point de pénétration de l'aiguille.

Cette façon de procéder simple et rapide met à l'abri d'accidents qui résultent de la température trop élevée du liquide; même si on a dû recourir au chauffage de l'aiguille, son extrémité piquante échappe à l'action calorifique: elle ne pourra donc déterminer d'effet caustique. Si toutefois une brûlure se produit, une réaction destructive s'ensuivra; si elle s'étend au delà du derme, l'opération échouera en partie ou en totalité, une plaie se fera jour, se fermera lentement et laissera après elle une cicatrice plus ou moins visible.

S'il arrive qu'après la mise en place de l'aiguille à la profondeur voulue, la pression sur le piston est stérile, il ne faut pas obstinément vouloir vaincre la résistance par une pression aveugle. Retirez tout le système, présentez le corps de la seringue, son armature antérieure et l'aiguille à la flamme de la lampe, et quand tout est remis à point, *repiquez tout à fait au même endroit* et l'injection réussira.

J'ai l'habitude de ne pratiquer qu'une seule injection par endroit piqué: le maximum de seringues injectées par séance a été de deux. Il est désagréable de dépasser le but et difficile d'y remédier, à moins d'éliminer chirurgicalement l'excédent de bloc de paraffine. J'attends pour faire l'injection suivante que la réaction de la première ait disparu. Il n'est pas un défiguré ayant eu recours à notre science et notre habileté qui ne soit enchanté du plus petit effet obtenu. C'est avec grâce et empressement qu'ils se soumet derechef au perfectionnement, à l'achèvement de la restauration de son faîte nasal qui, sans douleur appréciable et sans autre inconvénient qu'un gonflement passager des parties voisines de la piqûre, l'a rendu à la société d'où sa face tronquée l'avait chassé en véritable paria. Il est prudent et sage de procéder par étapes: les injec-

tions secondaires ne sont ni plus douloureuses ni plus difficiles que les premières; le but est vite dépassé et la moindre saillie exagérée fera, dans le tableau restauré, une tache fâcheuse et vindicative.

En pratiquant les injections sous-muqueuses des cornets, il convient, autant que faire se peut, de provoquer d'abord le soulèvement de la muqueuse des parties profondes, sous peine de masquer le champ opératoire. Après avoir choisi le point de piqûre, je fais, *à cet endroit seulement,* une petite application de cocaïne; je charge la seringue, j'applique le spéculum, je me rends compte de la température de la vaseline paraffinée, je m'assure du parfait fonctionnement de la seringue (j'ai ici plus de temps devant moi puisque le point de fusion est beaucoup plus bas que celui des paraffines solides), j'engage le bec de l'aiguille sous la muqueuse nasale et, lentement, mais d'une manière continue, je fais progresser entre le squelette du cornet et la muqueuse la totalité ou une partie du contenu de ma seringue; l'aiguille est laissée à demeure pendant une minute; je la retire ensuite avec douceur. Les quelques gouttes de sang qui peuvent suivre le retrait de l'aiguille ne donnent jamais lieu à la moindre inquiétude. La plupart des opérés ressentent une douleur plus ou moins vive suivant leur tempérament, localisée dans le nez ou irradiée vers l'œil, la joue et les dents. Elle persiste avec une intensité variable pendant quelques heures ou quelques jours (et dans cette dernière éventualité un degré de céphalalgie se manifeste) pour se dissiper spontanément sans laisser aucune suite fâcheuse.

Il est recommandable de procéder par étapes, de laisser un intervalle d'une dizaine de jours entre chaque séance, de ne pas dépasser la quantité de 1 centimètre cube par injection et de régler le nombre d'opérations sur la susceptibilité du sujet, le degré de facilité de l'injection et les effets obtenus. Si l'injection échoue, il est inutile de tenter une répétition sur le même cornet; le liquide sortira en grande partie, sinon en totalité, par l'orifice de la première piqûre.

Conclusions. — 1° Les injections paraffinées rend services signalés dans les affections destructives de la mation tant interne qu'externe de l'appareil nasal;

2° Le choix de la qualité de paraffine sera fixé par la peau et des muqueuses et par l'effet à obtenir;

3° Dans la prothèse nasale les résultats immédiat éloignés des paraffines à point de fusion inférieur s aussi satisfaisants que ceux des paraffines solides. Ne de Vienne, prétend toutefois que les effets des injec vaseline ordinaire sont toujours éphémères, et qu'[illegible] de un ou deux ans le nez a repris son aspect p L'avenir est seul capable de démontrer le bien fondé [illegible] assertion et d'établir l'efficacité durable ou la supéri l'un ou l'autre produit préconisé [1].

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNG

CONGRÈS ANNUEL TENU SOUS LA PRÉSIDENCE DU Dr LERA

Séance du 5 mai

Présidence de M. Lermoyez, de Paris.

M. le Président déclare la séance ouverte et prononce l'al suivante :

Messieurs,

Depuis notre dernière session, nous avons eu seulement gistrer la mort d'un membre correspondant étranger, M. Pittsburg), qui n'avait jamais pris une part bien activ travaux.

Cet excellent état sanitaire de la Société ne saurait *per ment* me déplaire, mais je dois vous avouer qu'il gêne u *président,* car il lui enlève un de ses effets oratoires, c exemple, qu'il n'eût manqué de tirer de l'oraison fun notre excellent secrétaire général.

1. Nous rappellerons que le Dr Choussaud, dans sa thèse (mar déjà relaté une série d'observations concernant les injections inte de paraffine dans le coryza atrophique. (V. p. 66s.) N. D.

Cependant, une allocution présidentielle figurant à l'ordre du jour, je me suis demandé comment j'allais faire pour remplir ce numéro du programme. J'ai d'abord pensé que, puisqu'il n'y avait pas de morts à louer, je pourrais faire l'éloge des vivants. Il vous plairait sans doute de m'entendre célébrer vos mérites.

Malheureusement vous êtes beaucoup trop nombreux pour qu'il me soit possible de m'arrêter à chacun de vous en particulier. La liste de nos membres titulaires et correspondants s'accroit sensiblement d'année en année; il est à prévoir qu'avant peu nous devrons abandonner ce local, devenu insuffisant, et vous voyez que ce soir les otolaryngologistes de toute la France se sont donné rendez-vous dans cet amphithéâtre.

Un simple coup d'œil sur notre ordre du jour vous montre, en outre, quelle somme énorme de travail nous avons à produire! Nous n'avons pas une minute à perdre! Je me bornerai donc à faire l'éloge de la Société en bloc.

Depuis dix-sept ans sa carrière scientifique a été admirablement remplie. Tous les rapports qui s'y lisent constituent une œuvre considérable, et l'on ferait un traité de pathologie des plus complets en réunissant en volume tous ces rapports. C'est ici qu'ont vu le jour la plupart des progrès marqués et incontestables qui ont été introduits dans notre science; c'est ici que notre ami Luc nous a fait connaître le traitement si remarquable des sinusites. Je pourais en dire autant de beaucoup d'autres découvertes.

Messieurs, cette prospérité, il est évident que la Société la doit surtout à ses travaux, mais il n'y a pas à se dissimuler qu'elle en est aussi redevable en partie à son bureau, non pas certes au Président, mais au Secrétaire général, qui est notre gros ressort; au Trésorier, dont le zèle est si désintéressé!

Un de nos excellents confrères, M. Moure, va vous exposer un rapport difficile que notre ami Gaudier a dû abandonner par suite d'un deuil cruel. Nous adressons à l'un et à l'autre nos plus vifs remerciements.

Messieurs, notre Société a encore le très grand mérite de voir la bonne harmonie régner entre ses membres; quand revient notre session annuelle, c'est pour nous tous un véritable plaisir de se revoir, de se serrer la main, et à ce plaisir il ne se mêle aucune arrière-pensée, aucune gêne, aucune contrainte.

Nos discussions sont toujours courtoises, et il est certain que votre bienveillance mutuelle fait le charme de ces réunions. Ceci n'est pas un compliment banal. Il est bon de souligner que tous les organes n'ont pas, comme le nez, le larynx, l'oreille, le privi-

lège de vivre dans une paix aussi sereine. Chez les oculistes, par exemple, on peut constater parfois des troubles d'accommodation.

Eh bien, Messieurs, cette bonne harmonie fait notre force; dirigeons tous nos efforts à la maintenir parmi nous; c'est non seulement notre devoir, mais aussi notre intérêt. Nous avons encore à lutter pour convertir à nos doctrines le gros public médical. Autour de nous la routine rôde et cherche quelque brèche pour entrer dans la place. Serrons nos rangs, soyons unis dans la défense et nous verrons triompher nos idées de science et de progrès. (Applaudissements répétés.)

M. Joal, secrétaire général, expose différentes questions d'ordre intérieur, dont s'est occupé le Bureau depuis la dernière session.

Il annonce que, pour des raisons de santé, M. Miot, de Paris; M. Guillaume, de Reims; M. Sleicher, de Bruxelles, ont envoyé leur démission.

Sur la proposition de M. Lermoyez, le Dr Miot, ancien président de la société, est nommé *membre honoraire.*

M. Joal a reçu des lettres de candidature,

Au titre de membres titulaires :

De M. Lombard, de Paris, présenté par MM. Laurens et Lermoyez;

M. Brunel, de Paris, présenté par MM. Gellé fils et Veillard;

M. Chavanne, de Lyon, présenté par MM. Garel et Lannois;

M. Sargnon, de Lyon, présenté par MM. Garel et Luc;

M. Bousquet, de Béziers, présenté par MM. Luc et Mouret;

M. Bourlon, de Valenciennes, présenté par MM. Laurens et Lermoyez;

M. Mignon, de Nice, présenté par MM. Luc et Ruault;

M. Lajaunie, d'Ax-les-Thermes, présenté par MM. Castex et Escat;

M. Cosson, de Tours, présenté par MM. Castex et Collinet;

M. Depoutre, de Douai, présenté par MM. Lermoyez et Mahu;

M. Macaud, de Rennes, présenté par MM. Lermoyez et Joal;

M. Maget, de Toulon, présenté par MM. Lermoyez et Le Marc'hadour.

M. Blanchard, de Paris, présenté par MM. Collinet et Grossard;

M. Bellissen, de Lyon, présenté par MM. Garel et Lannois.

Au titre de membres correspondants étrangers :

De M. Pelaës, de Grenade, présenté par MM. Moure et Joal;

M. Cisneros, de Madrid, présenté par MM. Lermoyez et Sarremone.

Une Commission composée de MM. Lannois, Lubet-Barbon et

Moure, est nommée par le Président à l'effet d'examiner les titres des candidats et de faire un rapport sur les mémoires adressés à la Société.

M. Cadier, trésorier, expose la situation financière.

Une commission composée de MM. Cartaz, A. Martin et Ruault est nommée pour vérifier les comptes.

Élection du bureau :

Sont élus : vice-président, M. Castex, de Paris; secrétaire des séances, M. Jacques, de Nancy.

M. Lermoyez annonce que MM. Schmiegelow, de Copenhague, Moll, d'Arnheim, Cheval et Delsaux, de Bruxelles, Baudoin, de Namur, Broeckaert, de Gand, Duchesne, de Liège, correspondants étrangers, assistent à la séance, et les remercie du grand honneur qu'ils font à la Société en venant participer à ses travaux.

M. Collinet, de Paris. — **Discussion du rapport sur le traitement des sténoses fibreuses du larynx.** (Voir *Revue*, n° 20, 17 mai 1902.)

M. Boulay, de Paris. — J'approuve tout à fait M. Collinet d'avoir mis en relief la lenteur vraiment désespérante des divers procédés de dilatation, il faut cependant faire une distinction entre les rétrécissements suivant leur étendue en hauteur. Pour juger du degré de dilatabilité d'une sténose, il faut plutôt tenir compte de la longueur de son trajet que du diamètre de sa lumière; ce ne sont pas toujours les rétrécissements les plus serrés qui sont les plus rebelles : un rétrécissement membraneux, c'est-à-dire portant sur un point circonscrit du larynx, si étroit qu'il soit, est en général plus facile à dilater qu'une sténose modérée s'étendant sur une hauteur d'un demi ou de 1 centimètre. Dans ce dernier cas, la dilatation demande des mois ou des années et souvent échoue complètement. Cette lenteur de la méthode explique qu'on ait recherché des procédés plus expéditifs et plus efficaces.

Il en est un dont je voudrais dire un mot : c'est l'*électrolyse*. Je ne l'ai employée qu'une fois, avec le concours de mon ami Boulai, de Rennes. Bien qu'elle nous ait donné un succès, je ne l'ai pas employée de nouveau. C'est qu'elle ne me paraît applicable qu'à des cas particuliers.

Il y a deux sortes d'électrolyse :

L'électrolyse à aiguille ou électropuncture et l'électrolyse linéaire.

L'électrolyse à aiguille n'est guère applicable qu'aux cas où l'on peut voir ce que l'on fait, c'est-à-dire dans ceux où le rétrécissement, relativement élevé, est facilement accessible à la vue et aux instruments. Dans ces conditions on peut espérer un bon résultat de ce traitement; mais il ne faut pas croire que ce soit un procédé très expéditif; il faut un certain nombre de séances, c'est-à-dire des semaines et des mois pour arriver à un résultat.

M. Collinet croit l'*électrolyse linéaire* plus avantageuse; peut-être a-t-il raison; je ne saurais me prononcer, car je ne l'ai pas employée, et je vois, précisément d'après son rapport, que cette méthode n'a été encore utilisée par aucun autre laryngologiste.

Pour ma part plusieurs motifs m'ont empêché de l'essayer jusqu'ici :

1° Ce procédé offre sur l'électropuncture un avantage certain, c'est qu'il permet d'opérer à l'aveugle; mais cet avantage n'est pas loin d'être un inconvénient si l'on considère qu'en agissant à l'aveugle on risque d'altérer les cordes vocales.

2° Une seconde raison qui m'a empêché d'essayer l'électrolyse linéaire, c'est que sa valeur thérapeutique est fort discutée. J'ai eu l'occasion de demander à plusieurs spécialistes des voies urinaires leur opinion sur la valeur de ce procédé dans les rétrécissements de l'urètre; tous m'ont répondu qu'elle était à peu près nulle, que les médecins qui croient guérir par ce procédé des rétrécissements urétraux se font illusion, qu'en réalité ils électrolysent des pseudo-rétrécissements; même si cette opinion n'est pas exacte, il est à craindre que les conditions ne soient pas les mêmes dans le larynx et dans l'urètre.

L'urètre et l'œsophage, où l'électrolyse linéaire réussirait, sont des conduits à parois molles, membraneuses; il peut suffire que la sténose soit détruite linéairement sur l'un des points de la paroi pour que le conduit se dilate dans une certaine mesure. Il n'en serait peut-être pas de même dans le larynx dont les parois sont constituées par un squelette rigide; il faudrait alors faire des séances multiples comme dans l'électropuncture.

L'électrolyse linéaire me paraîtrait cependant indiquée dans les rétrécissements sous-glottiques des enfants; mais une crainte me retient; le larynx est parfois l'origine de réflexes si graves que je ne sais pas jusqu'à quel point la méthode serait sans danger.

En terminant, je demanderai à M. Collinet un renseignement. Gluck a recommandé en cas de rétrécissement sous-glottique, la résection partielle du cricoïde avec suture de la trachée à la partie restante du larynx; il n'a pas publié ses observations. M. Collinet a-t-il trouvé dans ses recherches des observations détaillées où cette opération ait été faite par d'autres auteurs! Que deviennent les récurrents? Que devient la voix? L'opération met-elle à l'abri d'une récidive?

M. Ruault, de Paris. — Les tentatives de dilatation par les voies naturelles réussissent souvent à amener une amélioration dans les cas de rétrécissement fibreux du larynx, mais je n'ai, pour ma part, obtenu, dans les cas que j'ai ainsi traités, que des améliorations temporaires.

Je crois qu'en raison des difficultés du diagnostic du siège, de la hauteur, et de l'étendue des rétrécissements syphilitiques, le mieux à faire est de pratiquer une laryngo-fissure exploratrice avant de s'arrêter à un mode de traitement opératoire.

Je me rappelle un homme de trente ans environ, atteint de rétrécissement syphilitique qui avait été trachéotomisé *in extremis* au milieu d'un

accès de suffocation. Cet homme était dans le service de M. Ch. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine. M. Monod voulut bien me charger du traitement. Je n'arrivai à introduire dans son larynx que des olives de Schroetter de très petit diamètre, et en somme le résultat fut nul. Le malade est mort subitement, et l'autopsie rendit compte de l'insuccès du traitement : il existait un épaississement considérable (1 centimètre et demi) du chaton cricoïdien, portant sur le cartilage même, ainsi que le démontra l'examen histologique pratiqué par M. Brault.

M. Moure, de Bordeaux. — J'estime qu'il faut, en effet, comme l'a dit M. Boulay, faire une distinction importante entre les rétrécissements vestibulaires membraneux et ceux qui occupent la glotte. Ces derniers sont les plus graves et les moins faciles à dilater. Il faut aussi, à mon sens, dans le traitement des sténoses laryngées, tenir compte d'une cause de rétrécissement très importante, sur laquelle j'ai appelé l'attention il y a déjà quelques années. Je veux parler de la mise de la canule dans l'espace crico-thyroïdien avec section du cricoïde. Chez l'enfant, les adolescents et les adultes à cartilages flexibles et peu résistants, cet écart des lames cricoïdiennes immobilise les aryténoïdes et, par conséquent, place les cordes en position médiane; d'autre part, la canule, faisant office de corps étranger, entretient une inflammation du voisinage avec périchondrite qui favorise le rétrécissement. Le premier point consiste donc à placer d'abord la canule bas (cas de Schmiegelow), puis, si c'est nécessaire, à faire ensuite la thyrotomie ou la dilatation suivant les cas. Du reste, M. Schmiegelow qui a fait un travail important sur les sténoses laryngées, pourrait nous donner son opinion à ce sujet.

M. Schmiegelow, de Copenhague. — Je n'avais pas l'intention de prendre part à cette discussion, mais, sur l'invitation de mon ami Moure, je me permettrai de dire quelques mots.

Je crois qu'il faut toujours commencer le traitement des sténoses fibreuses du larynx par une trachéotomie très basse, c'est-à-dire aussi éloignée que possible des cordes vocales. La canule doit, en effet, être considérée comme un corps étranger dont la présence peut être la cause unique de la sténose.

Puis j'ai recours à l'intubation qui est pour moi la méthode la meilleure et la moins dangereuse, quand on l'emploie comme je le fais, c'est-à-dire en introduisant le tube de une à trois heures par jour, sans toucher à la canule trachéale qui reste en place pendant ce temps, ce qui ne présente pas de difficulté si cette dernière est éloignée du larynx.

En opérant ainsi, j'ai obtenu d'excellents résultats dans une série de cas de sténoses syphilitiques ou non, occasionnées par une périchondrite du cartilage cricoïdien.

M. Poyet, de Paris. — Les faits cités par M. Collinet me remettent en mémoire le cas d'une femme syphilitique qui, prise d'accidents de suffocation, ayant une origine laryngée, fut trachéotomisée et traitée par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium.

La cicatrisation se fit rapidement, mais les bords libres des cordes

vocales inférieures se trouvèrent soudées, et je dus laisser la canule à demeure.

Peu à peu, à la suite d'exercices respiratoires, la muqueuse des deux cordes glissa et il se produisit la lésion décrite sous le nom d'*occlusion membraneuse* du larynx. Il existait seulement une ouverture très petite qui n'admettait l'introduction que d'un fin stylet.

Pendant sept à huit mois, la malade, que j'avais fait entrer dans le service du Dr Cusco, à l'Hôtel Dieu, fut soumise à des dilatations progressives qui restèrent sans résultat. A plusieurs reprises, je fis la section de la membrane, mais la cicatrisation avec adhérence se reproduisait rapidement. Au bout de deux ans, je perdis de vue la malade qui se résigna à vivre avec sa canule.

A cette époque (1874), les traitements par l'électrolyse et par la section galvanique n'avaient pas encore été utilisés.

M. Bonain, de Brest. — Au point de vue du diagnostic comme au point de vue du traitement des sténoses laryngées, l'emploi des tubes d'O'Dwyer peut donner des résultats très satisfaisants, et il existe un certain nombre d'observations très concluantes à cet égard. Certaines sténoses laryngées datant souvent de plusieurs mois, même de plusieurs années, ont été guéries dans des conditions de rapidité souvent étonnantes à l'aide de l'intubation. C'est certainement là un des procédés les plus simples et en même temps les plus efficaces.

M. Castex, de Paris. — La position de Rose (tête en bas) me paraît sans avantage pour pratiquer la thyrotomie, car, malgré cette attitude, le sang est attiré de bas en haut dans la trachée par les mouvements d'inspiration.

M. Collinet. — M. Boulay insiste à juste titre sur la difficulté du traitement des rétrécissements étendus en hauteur; ce sont ces rétrécissements qui mettent le plus à l'épreuve la patience du malade et du médecin. L'électrolyse linéaire est aveugle en apparence plus qu'en réalité; avant de l'employer on peut se rendre compte du siège précis du point rétréci, de l'orientation et de la hauteur qu'on devra donner à la ligne électrolytique. Peut-être ce mode de traitement peut-il exposer à des réflexes graves ou à une diffusion de courant portant sur les récurrents ou les nerfs vagues. On a employé sans danger ce procédé pour l'œsophage, aussi voisin que le larynx des nerfs récurrents et pneumogastrique. L'essentiel dans ces cas est de graduer le courant avec le plus grand soin pour éviter les secousses galvaniques et n'employer qu'un courant très faible.

Au sujet de la résection de la région sous-glottique, bien réglée au point de vue opératoire par Glück, je n'ai trouvé dans la bibliographie qu'une observation de Küster, dans laquelle le résultat a été bon, sans accident du côté des récurrents. Il est évident qu'on doit décortiquer très prudemment le cricoïde par sa face postérieure.

Les rétrécissements syphilitiques, comme le dit M. Ruault, sont très variables comme topographie et étendue, suivant les différents sujets. On ne devra faire la laryngo-fissure comme moyen de diagnostic que

lorsqu'on aura épuisé tous les autres procédés d'exploitation et de diagnostic. Je ne me suis pas étendu sur les rétrécissements cartilagineux qui sortent un peu du sujet que j'avais à traiter. Ces rétrécissements compliquent parfois les rétrécissements fibreux. On les reconnaîtra à leur inextensibilité absolue. Le seul moyen de traitement, dans ces cas, sera évidemment la laryngo-fissure.

Les rétrécissements dont parle M. Moure, occasionnés par la cricotomie ou la trachéotomie intercrico-thyroïdienne ne sont peut-être pas autant occasionnés par le procédé opératoire que par la présence d'une canule mal adaptée au larynx dans lequel elle est placée. Il faut, dans ce cas, mettre une canule bien tolérée par le malade, on y arrivera en tâtonnant; et on évitera l'irritation produite par les canules allant mal. Si le rétrécissement est constitué, il faudra, avant de le traiter, supprimer sa cause et descendre la canule au-dessous du larynx comme le conseille M. Schmiegelow.

Les rétrécissements membraneux dont parle M. Poyet sont assez fréquents et en général plus faciles à traiter que les rétrécissements épais. La dilatation par les fils peut rendre de grands services au début du traitement quand le rétrécissement est très serré, en attendant qu'on puisse passer un instrument plus volumineux.

Il faut, avant d'arriver à la laryngo-fissure comme moyen de diagnostic, épuiser toutes les autres méthodes d'exploration et de cathétérisme. Les tentatives de décanulation par le tubage d'O'Dwyer sont à mettre en première ligne quand on arrive à passer un tube, comme le fait remarquer M. Bonain. La position de Rose pour les opérations laryngées m'a semblé favoriser l'hémorragie, parfois très gênante; j'ai vu, avec M. Castex, l'aspiration du sang se faire dans la trachée au cours d'une thyrotomie sur un malade mis en tête déclive.

M. Castex, de Paris. — **Lymphome diffus pharyngo-laryngé.**

M. Castex communique l'observation d'un homme de soixante-deux ans, robuste, qui présentait un lymphome étendu à l'amygdale linguale, à la bande ventriculaire gauche du larynx, à la glande sublinguale droite, à l'amygdale palatine du même côté et aux ganglions lymphatiques des régions carotidiennes, dans leur moitié supérieure.

Un fragment de la tumeur pris à l'amygdale linguale et examiné au microscope révéla du lymphome pur.

Comme une ablation complète était impossible, on eut recours aux injections hypodermiques de bibromhydrate de quinine et de cacodylate de soude (une vingtaine de chaque). Amélioration sensible. Diminution des tumeurs, arrêt de l'amaigrissement. Le malade put reprendre sa vie habituelle.

M. Moure, de Bordeaux. — **Tumeurs malignes de l'ethmoïde.** (Sera publié *in extenso.*)

M. Molinié, de Marseille. — **Tumeur tuberculeuse de la cloison.** (Sera publié *in extenso.*)

M. Toubert, de Paris. — **Contribution à l'étude des cellulites mastoïdiennes postérieures.**

M. Toubert rapporte différentes observations de mastoïdite compliquée de cellulite occupant les diverticules mastoïdiens, ayant nécessité une sorte de décortication de l'apophyse tout entière; il appelle l'attention de ses confrères sur ces sortes de malformations anatomiques qu'il est très important de connaître.

M. Moure. — Je crois qu'il ne faut pas comparer l'état anatomique normal constaté sur le cadavre avec l'état pathologique du vivant. Dans le premier cas, en effet, on trouve peut-être assez souvent des cellules aberrantes qui paraissent ne pas communiquer avec les cavités mastoïdiennes ou antrales, tandis que sur le vivant, lorsque cette partie du rocher est atteinte d'ostéite, la plupart des travées osseuses étant détruites, toutes ces cellules, plus ou moins isolées, deviennent presque confluentes; dans tous les cas, on est très souvent conduit vers ces sortes de diverticules par les altérations elles-mêmes, à la condition bien entendu de faire une recherche minutieuse au cours de son intervention.

J'estime que les faits du genre de ceux que j'ai publiés avec le Dr Lafarelle sont encore assez rares; de plus, rien du reste ne permet de supposer leur existence sur le vivant.

M. Mouret, de Montpellier. — Les cellules postérieures de la mastoïde peuvent être normalement indépendantes de l'antre. Malgré cela, elles peuvent aussi être envahies par la suppuration en même temps que celui-ci, et cela sans que les cloisons osseuses qui les bordent soient nécrosées. Aussi lors d'une trépanation de la mastoïde, si l'on se contente d'ouvrir ce qui *paraît* malade, c'est-à-dire l'antre seulement, on risque de laisser des cellules suppurées sans les ouvrir. Lorsqu'on fait une trépanation de la mastoïdite, il n'est pas prudent d'ouvrir seulement l'antre, même largement; il faut *décortiquer* toute la table externe de la mastoïde, afin de mettre à nu toute la surface de cet os. S'il existe des cellules aberrantes et malades, on les ouvrira et on ne risquera pas de faire une opération incomplète. Si même la trépanation de l'antre montre que ce dernier ne contient pas de pus, c'est une raison de plus pour rechercher ces cellules *aberrantes*, dans lesquelles l'infection a pu se propager de la caisse, par voie lymphatique, sans s'arrêter à l'antre.

Dans une de mes dernières trépanations de l'apophyse mastoïde, j'avais ouvert et curetté l'antre et les cellules voisines et j'allais arrêter là mon intervention, lorsque quelques coups de ciseau donnés vers la partie pos-

térieure de la mastoïde, afin d'agrandir et de régulariser la cavité obtenue, je vis sortir du pus de petites cellules isolées. Un tissu osseux sain les séparait cependant de la partie que je croyais être seule malade et elles en étaient absolument indépendantes. Sans ces quelques coups de ciseau supplémentaires, cette cellulite postérieure eût passé inaperçue et aurait pu donner lieu soit à de l'infection plus profonde, soit à la persistance de la fièvre et de la douleur et en imposer pour de la méningite. Après une large trépanation de l'antre mastoïdien on a quelquefois ouvert la cavité cranienne, parce que la persistance des symptômes généraux faisait croire à de la méningite. Dans ces cas, l'opérateur n'a, plus d'une fois, rien trouvé d'anormal du côté des méninges, et cependant le malade s'est aussitôt très bien trouvé de cette seconde intervention. C'est qu'en allant vers la cavité cranienne, on a agrandi la brèche osseuse primitive et ouvert quelque foyer où se faisait la rétention de quelques gouttes de pus. Chaque fois qu'on opère une mastoïdite, il me paraît donc sage de ne pas ouvrir seulement l'antre, mais d'enlever la tablette externe de la mastoïde dans sa plus grande étenduc.

M. Lermoyez. — Je crois, comme M. Mouret, à la nécessité d'examiner systématiquement la région des cellules mastoïdiennes postérieures, même quand aucun symptôme ne semble justifier de prime abord une intervention sur ce point. Un cas récent est venu me confirmer dans cette manière de voir.

Une fillette de dix ans, à la suite d'une otite scarlatineuse, présenta de légers signes de réaction mastoïdienne. Je pensai, en raison de la gêne des mouvements du cou, à une suppuration de la pointe mastoïdienne avec menace de bezoldisme.

M. Lubet-Barbon, qui vit la malade avec moi, pencha plutôt pour une antrite, avec perforation des cellules limitrophes. Nous étions, du reste, tous deux d'accord sur le nécessité d'une intervention immédiate.

La trépanation montra et les lésions de la pointe que j'avais reconnues et les lésions antrales diagnostiquées par mon confrère. Puis en menant ma trépanation encore plus en arrière, je tombai sur une petite cellule postérieure suppurée, avec perforation de la table interne et formation d'un énorme abcès extra-dural. Cet abcès ne donnait lieu à aucun symptôme, et sans cette recherche systématique il eût sans doute amené une mort rapide.

M. Toubert. — Je répondrai à M. Moure : 1° que la séparation des cellules postérieures et de l'antre, qui semble être la règle en anatomie normale, paraît être l'exception en clinique, ce qui prouve que l'inflammation de l'os détermine l'occlusion du pertuis de communication.

2° Que les cas difficiles pour le diagnostic ne sont pas ceux où l'on va, conduit par la lésion, de l'antre aux cellules postérieures, mais bien ceux où la cellulite postérieure existe cliniquement seule.

A M. Mouret, qui préconise de parti pris l'ablation de la corticale externe dans toute trépanation mastoïdienne, je dirai que ce conseil a été déjà donné par M. Lombard, dont j'ai reproduit les propres expressions dans ma communication.

M. Vacher, d'Orléans. — **Note sur l'emploi de l'extrait de capsules surrénales.**

L'auteur vante les propriétés hémostatiques et vaso-constrictrices de l'extrait de capsules surrénales ou de ses dérivés.

M. Escat. — L'adrénaline ne m'a guère satisfait comme agent thérapeutique, mais je puis dire qu'elle m'a donné d'excellents résultats comme ischémiant du champ opératoire; associée à la cocaïne, elle m'a permis d'extraire, sans presque aucune effusion de sang et malgré des délabrements multiples, une balle de revolver enkystée depuis six ans dans la région ethmoïdale. J'ai opéré dans des conditions aussi favorables plusieurs cas d'éperon et de déviation de la cloison.

L'hémorragie secondaire est, toutefois, à craindre et il est bon d'y parer par un tamponnement.

M. Moure. — Je tiens à rectifier quelques-unes des conclusions du travail que nous avons publié en décembre avec le Dr Brindel, sur l'adrénaline et ses applications en oto-rhino-laryngologie. J'ai constaté depuis quelques hémorragies secondaires et de véritables hydrorrhées profuses à la suite d'applications d'adrénaline.

J'ai observé aussi chez quelques malades des sensations de vide, des troubles vertigineux, même après usage d'une solution au 1/5,000e sur la partie moyenne des fosses nasales.

Il est probable qu'il y a là une question de sensibilité individuelle et de dosage à laquelle nous nous habituerons peu à peu dans la pratique.

M. Lubet-Barbon, de Paris. — Je considère la découverte de l'adrénaline comme extrêmement importante, mais ses effets sont si puissants qu'ils peuvent donner lieu à plus d'un mécompte. Ainsi, je fus appelé dernièrement auprès d'un malade pris d'épistaxis et je vis le point saignant sur la cloison au lieu d'élection. Je ne le cautérisai pas aussitôt, comme je l'eusse fait six mois auparavant, j'employai l'adrénaline, et après l'application du médicament il me fut impossible de retrouver le point malade, Toujours est-il que pendant la nuit le sujet fut atteint d'une nouvelle hémorragie nasale très abondante.

M. Jacques, de Nancy. — Je ne puis que confirmer ce que vient de dire M. Moure. Utilisant couramment l'adrénaline associée à la cocaïne pour les examens du nez un peu délicats, j'ai plusieurs fois reçu les plaintes de malades, qui, en sortant de mon cabinet, ont été pris, suivant leur expression, d'un rhume de cerveau passager, mais des plus violents.

M. Mahu, de Paris. — J'ai essayé l'adrénaline dans certains cas de rhinites vaso-motrices que nous traitons d'ordinaire par l'air chaud avec M. Lermoyez. Je dois dire que la rétraction dure plusieurs heures très accentuée, mais à la suite survient non seulement un écoulement plus considérable, mais une obstruction persistante plus marquée qu'auparavant.

M. Lermoyez. — L'adrénaline traverse en ce moment la même période

d'engouement que celle qui a marqué les débuts de la cocaïne. On n'en est encore qu'aux avantages, mais peu à peu viendront les inconvénients.

Il faut tout d'abord mentionner les hémorragies abondantes qui se produisent deux ou trois heures après les opérations faites avec son aide.

En outre, la période de libération, de siccité nasale obtenue par l'emploi de l'adrénaline est suivie d'une phase hydrorrhéique extrêmement abondante, qui dépasse en intensité les phénomènes observés avant l'application du médicament.

Hémorragie et hydrorrhée secondaires sont les effets de la même cause. D'après une loi physiologique inéluctable, plus une vaso-constriction est prononcée, plus la vaso-dilatation paralytique qui la suit est intense et durable.

D'autre part, d'ici peu, toujours comme pour la cocaïne, on enregistrera les accidents généraux occasionnés par l'usage de l'adrénaline. On sait que quelques gouttes d'une solution à 1/20,000e injectées dans les veines élèvent notablement la tension sanguine. Il est donc à craindre que, chez les gens à tension artérielle exagérée, particulièrement chez les candidats au mal de Bright, à l'hémorragie cérébrale, l'emploi local de l'adrénaline ne produise une brusque hypertension, et ne détermine des accidents graves, un ictus apoplectiforme par exemple.

M. Vacher. — Dans le travail que j'ai publié, j'ai insisté sur la possibilité des hémorragies qui, pour moi, doivent être plus à redouter et plus abondantes qu'avec la cocaïne puisque l'action des capsules est plus intense. J'ai même recommandé, comme je le fais toujours, de faire un tamponnement préventif chaque fois qu'on s'est servi de capsules ou d'adrénaline pour une opération pouvant donner lieu à une hémorragie.

J'ai observé, comme MM. Moure et Lermoyez, cette rhinorrhée intense qui apparaît une ou deux heures après l'application d'adrénaline, mais elle n'a pas une influence fâcheuse sur la marche de l'inflammation. On peut renouveler la dose d'adrénaline, qui provoque une seconde crise de rhinorrhée, moins forte que la précédente, et cet inconvénient ne tarde pas à cesser.

M. Bonain, de Brest. — **Cancer du larynx opéré avec succès par voie endo-laryngée.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Bar, de Nice. — **Deux cas de phlegmons latéraux pharyngiens.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Broeckaert, de Gand. — **Des injections de paraffine en oto-rhino-laryngologie.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Moure. — Puisque M. Broeckaert a cité le travail de M. Choussaud et les applications de la paraffine faites à ma clinique par le Dr Brindel, pour ne pas déflorer la communication de ce dernier, je me bornerai à dire qu'il a pu reconstituer par ce procédé les cornets de malades porteurs de

coryzas atrophiques ozénateux, et par ce moyen guérir, tout au moins jusqu'à ce jour, une affection si rebelle.

Nous nous sommes toujours servis, à la clinique, de paraffine d'Eckstein. Je n'insisterai pas actuellement sur le procédé opératoire que M. Brindel décrira tout au long dans sa communication, ni sur les inconvénients qu'il faut éviter. Je me bornerai à dire pour l'instant qu'il faut restaurer les cornets en plusieurs séances pour éviter quelques inconvénients de la méthode.

M. Cartaz. — M. Broeckaert a parlé de la possibilité de faire une injection prothétique, même dans le cas de cicatrices adhérentes. Je crains fort qu'on n'obtienne pas de bons résultats en pareille circonstance.

Je demanderai à notre collègue s'il ferait l'injection aussitôt après la libération, le décollement de la cicatrice, et s'il le ferait dans les mêmes conditions que pour les cas habituels.

M. Moure. — Pour ce qui concerne les injections de paraffine dans les tissus cicatriciels, je dois dire que, de l'aveu même de M. Eckstein, promoteur de la méthode, ces injections sont quelquefois très difficiles à faire et ne réussissent même pas dans tous les cas.

Il faut, au préalable, décoller la peau quarante-huit heures avant de faire l'injection, de manière à faciliter l'introduction de la paraffine. Dans un cas de ce genre, j'ai à deux reprises échoué, la plaie s'étant infectée, le liquide introduit a été éliminé par la suppuration. Je crois donc que les faits de ce genre ne sont pas très favorables et exigeraient, dans tous les cas, une technique un peu différente de celle des simples déformations sans cicatrice adhérente.

M. Moll, d'Arnheim. — J'ai employé plusieurs fois les injections de paraffine avec succès. Mais, depuis que j'ai eu connaissance de la communication faite à la Société médicale de Hambourg par un médecin allemand qui a observé une amaurose à la suite d'une injection, je me demande s'il est permis de recourir à une méthode susceptible de rendre aveugle.

M. Broeckaert. — Si les injections de paraffine n'ont pas donné à certains expérimentateurs les résultats que j'en ai obtenus, cela tient évidemment à une faute de technique. De plus, la pureté du produit y est pour quelque chose : la paraffine que j'ai employée jusqu'ici a été préparée à Berlin, d'après les indications fournies par Eckstein lui-même.

Je résumerai encore une fois les inconvénients que j'attribue à la vaseline, en disant que les expériences ont démontré que cette substance finit par se résorber, et que, par conséquent, les résultats ne sauraient être durables. De plus, il est difficile, sinon impossible d'en empêcher l'émigration, ce qui a déjà donné lieu, en diverses circonstances, à des accidents d'embolie très graves.

Quant à l'accident signalé par M. Moll, il rentre dans cette dernière catégorie : l'injection paraît avoir été faite à plein canal dans l'artère dorsale du nez, et c'est par embolie que l'amaurose s'est produite. En se

servant de la paraffine d'Eckstein et délimitant soigneusement la région opératoire, cet accident n'est pas à craindre.

Je suis tout à fait de l'avis de M. Moure, qu'il ne faut pas injecter dans les cornets inférieurs une quantité de paraffine trop grande. Il vaut mieux faire la restauration en plusieurs séances.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Affections de la gorge et de la bouche dues au bacille fusiforme et aux spirilles de Vincent *(Affections of the mouth and throat associated with the fusiform bacillus and spirillum of Vincent)*, par M. Emil MAYER.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme âgé de vingt-trois ans, qui était atteint depuis quinze jours d'un mal de gorge, lequel, sans le troubler précisément dans ses occupations, s'aggravait de jour en jour. Il était souvent sujet aux maux de gorge, qui cédaient facilement à l'emploi du chlorate de potasse. Il a toujours eu une bonne santé, sauf la scarlatine, la rougeole et la coqueluche, dont il avait été atteint dans son enfance. Son père est mort de pneumonie à l'âge de soixante-huit ans, une de ses sœurs, de la même maladie, à l'âge de dix-sept ans, une autre sœur et un frère sont morts en bas âge. Sa mère et un de ses frères sont vivants, et, dans les branches collatérales, tous les parents jouissent d'une bonne santé. Le malade lui-même est d'une conduite excellente, fume modérément, n'a jamais eu de maladie vénérienne, et n'a jamais soigné ni approché des personnes atteintes de maladies contagieuses.

Il éprouve des douleurs modérées, présente une salivation exagérée et des ganglions tuméfiés au niveau des angles du maxillaire inférieur. La déglutition des aliments solides est douloureuse.

L'amygdale droite présente trois foyers distincts de dépôts blancs, de forme irrégulière, à bords rouges, se détachant facilement et laissant une surface ulcérée et saignante.

Entre les dépôts membraneux, le tissu amygdalien est normal. Deux dépôts analogues existent sur l'amygdale gauche. Les membranes, une fois détachées, se reforment très rapidement. Quelques jours plus tard, on trouve quelques foyers à gauche de la luette, et, finalement, tous les foyers se sont confondus en une seule masse, de couleur gris perle, et il existait en même temps une ligne de dépôt sur les deux gencives.

L'examen microscopique des membranes a révélé la présence de bacilles fusiformes et de spirilles.

On prescrivit au malade des gargarismes à l'eau boriquée, et on pratiqua des attouchements à la teinture d'iode composée. Au bout de quatre semaines, la guérison était complète.

L'auteur insiste sur les difficultés de diagnostic que présentent ces cas et recommande l'examen microscopique dans tous les cas d'angine pseudo-membraneuse douteuse. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, févr. 1902.)

Dr S. JANKELEVITCH.

NEZ ET PHARYNX NASAL

De la mensuration graphique de la perméabilité des fosses nasales, par M. A. COURTADE.

L'auteur constate que tous les procédés employés jusqu'à ce jour pour mesurer la perméabilité des fosses nasales ont donné des résultats inexacts, tellement ils sont impuissants et insuffisants.

En raison des inconvénients multiples que présente la respiration buccale, il y a donc grand intérêt pour le médecin à connaître la part contributive de la bouche dans l'acte respiratoire, pour juger du degré d'obstruction des premières voies aériennes. C'est dans ce but que l'auteur a construit un appareil destiné à inscrire le chemin que suit l'air dans l'acte respiratoire et auquel il a donné le nom de pneumodographe.

Cet appareil se compose de trois lames : l'une, verticale, se plaçant devant la bouche; l'autre, horizontale, se plaçant sous les narines, et divisée en son milieu par une autre

lame de verre qui, venant s'appliquer sous la sous-cloison, isole l'une de l'autre la respiration de chaque narine.

A l'aide de cet appareil, une minute suffit pour obtenir le tracé de la respiration nasale ou bucco-nasale. Puis, à l'aide d'un papier impressionné par une couleur d'aniline, la safranine, par exemple, ou par du tanin, on peut relever l'empreinte que la respiration nasale ou bucco-nasale a laissée sur chacune des plaques de verre. L'examen du cliché permet de reconnaître l'inégalité dans le fonctionnement des deux fosses nasales et à quel degré la bouche intervient dans l'acte respiratoire. Grâce à son appareil, l'auteur a pu se rendre un compte plus exact de ce qu'est la respiration buccale, car dans la plupart des cas il est à peu près impossible de juger la perméabilité d'une fosse nasale par la seule inspection. C'est ainsi que l'auteur a pu constater que telle bouche ouverte habituellement ne fournissait pas de buée sur la plaque correspondante, par conséquent concourait peu à la respiration; par contre, telle fosse nasale, qui paraissait obstruée, donnait à l'épreuve une buée assez étendue, dénotant une participation importante à l'acte respiratoire. Cet appareil pourrait donc être utile pour examiner de nouveau ces adénoïdiens opérés et qui conservent encore la bouche ouverte plutôt par habitude que par gêne respiratoire.

L'auteur donne ensuite la technique à employer pour l'usage du pneumodographe, qui, d'une façon très simple, permet de reconnaître rapidement, avant même d'appliquer le spéculum, si la respiration se fait exclusivement par le nez ou par la bouche, indiquant approximativement la part que chacun de ces orifices occupe dans l'acte respiratoire. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, n° 2, 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

OREILLES

De la participation du facial dans l'audition *(Ueber die Betheiligung des Nervus facialis beim Lauschen)*, par le professeur Ostmann, de Marburg.

Dans son trajet intra-bulbaire, le facial est en connexion avec l'auditif; de plus, il émet une branche collatérale allant

innerver le muscle de l'étrier; il y avait donc intérêt à se demander si l'audition ne s'accompagnait pas quelquefois de contractions musculaires dans le territoire innervé par le facial.

Les photographies illustrant le travail de l'auteur montrent, qu'en outre des mouvements oculaires, on peut constater une déviation de la commissure labiale dans le sens de la direction du son émis. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LIV, nos 3 et 4.)

Dr BERTEMES.

Abcès extra-dural avec pachyméningite d'origine otique; évidement du rocher; guérison, par M. G. LAURENS.

L'auteur présente une observation, intéressante surtout par le syndrome méningé réalisé d'une manière complète à la suite d'un abcès extra-dural de l'étage moyen du crâne.

Une jeune femme de vingt-quatre ans suppure de l'oreille droite, depuis l'âge de douze ans, pendant trois mois chaque année; elle traitait par des irrigations ce qu'elle appelait son furoncle de l'oreille; mais, en septembre 1900, au moment où son oreille coulait, la malade fut prise d'une céphalée d'abord temporale, mais qui ne tarda pas à se généraliser. Le diagnostic de polypes de l'oreille ayant été porté, ceux-ci furent enlevés; enfin, la céphalée devint plus atroce que jamais, s'accompagnant d'une température élevée, vertiges et chutes dans la station debout, insomnie, vomissements, constipation, bref tous les symptômes d'une méningite aiguë. La malade entièrement obnubilée, montrait une hyperesthésie généralisée au cuir chevelu, la pression au niveau de l'antre très douloureuse, enfin la caisse était bourrée de fongosités abondantes. L'examen clinique permit d'écarter toute hypothèse d'abcès encéphalique ou de phlébite des sinus craniens, et le diagnostic de méningite ou pachyméningite suppurée fut porté. L'intervention était urgente et la malade subit l'évidement pétro-mastoïdien. Le toit de l'antre, détruit par la carie osseuse, conduisit dans la cavité cranienne d'où sortit un jet de pus abondant et fétide. Le diagnostic était donc évident : foyer de carie oto-mastoïdien ayant perforé le toit de la mastoïde

et provoqué un abcès extra-dural. Les parois supérieures de l'aditus et de la caisse n'existaient plus, et la dure-mère, fongueuse, faisait hernie dans la caisse et l'apophyse.

Les fongosités furent curettées, les osselets cariés enlevés et le pansement à la gaze stérilisée pratiqué dans toutes les cavités. Dès le lendemain, la malade fut soulagée, la raideur de la nuque disparut et la fièvre tomba. Quatre jours après on fit le premier pansement; au bout de huit jours la malade avait repris son état normal, et quatre mois après l'opération la brèche opératoire était complètement épidermisée.

D'après l'auteur, ce cas est particulièrement intéressant au point de vue symptomatique et opératoire. Au point de vue clinique beaucoup de symptômes permettaient de songer à une méningite, et ce fut l'intervention qui leva les doutes; l'auteur est d'avis d'intervenir dans tous les cas d'oto-mastoïdites avec complications endo-craniennes. On commencera par trépaner largement la mastoïde et les cavités de l'oreille moyenne; si l'opérateur rencontre une fistule il la suivra jusqu'à son terme ultime; s'il n'y a aucun foyer d'ostéite apparent, l'auteur serait d'avis de faire sauter le toit de l'antre pour dénuder la dure-mère que l'on examinerait avec soin; de mettre à nu le sinus latéral pour éliminer la présence d'un abcès extra-dural périsinusal; cependant l'auteur est d'avis de ne ponctionner le cerveau et le cervelet que si, au bout de quarante-huit heures, les accidents cérébraux n'ont pas rétrocédé.

Pour expliquer la pathogénie de ces pseudo-méningites, l'auteur se range à l'opinion de Broca, et croit à l'existence, autour de l'oreille infectée contenant du pus sous rétention, d'une congestion septique qui rétrocède après nettoyage du foyer initial. (*Ann. des mal. de l'oreille,* février 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

NOUVELLES

— **Programme du XXIVe Congrès annuel de l'American laryngological Association.** Boston, 26, 27 et 28 mai 1902. — Voici le titre des communications qui viennent d'être faites au dernier Congrès annuel de l'American laryngological Association tenu à Boston les 26, 27 et 28 mai dernier :

Lundi 26. — 1. El. Shurly : Tumeur du pharynx ; glande thyroïde accessoire ; extirpation suivant le myxœdème, — 2. J. W. Gleitsmann : Sarcome sous-glottique ; extirpation endo-laryngée avec l'anse galvanique ; — 3. Charles H. Knight : Un cas d'épithéliome du larynx ; — 4. D. Bryson Delavan : Les rayons X dans le traitement des tumeurs malignes du larynx ; — 5. J. Payson Clark : Dilatation rapide et emploi prolongé des tubes à intubation dans les occlusions cicatricielles et les sténoses du larynx ; — 6. Marcel Natier : La voix de fausset et son traitement par la gymnastique respiratoire ; — 7. Charles S. Minot : Professeur d'embryologie ; le développement des amygdales ; — 8. Thomas Dwight : Tumeurs de la face et particulièrement du pharynx ; — 9. Howard A. Lothrop : Quelques remarques sur l'anatomie du cornet inférieur de l'ethmoïde, avec quelques considérations sur la formation de ses cellules. Importance chirurgicale de ces parties de l'ethmoïde ; démonstration de pièces.

Mardi 27. — 1. J. L. Goodale : Discussion sur les infections aiguës générales dues au tissu lymphoïde des voies aériennes supérieures : *a)* Pathologie ; *b)* Symptômes et traitement ; — 2. E. Flechter Ingals : Le soi-disant traitement immunisant de la fièvre des foins ; — 3. G. B. Hope : Faits cliniques regardant la fièvre des foins et son traitement rationnel ; — 4. Clarence C. Rice : Modifications caractéristiques de la forme des cartilages aryténoïdes que l'on voit parfois sur des chanteurs et des acteurs. De l'hypertrophie compensatrice dans le volume et la fonction des bandes ventriculaires dans les cas où les cordes vocales fonctionnent mal ; — 5. G. Hudson Makuen : Rapport d'un cas de bégaiement avec présentation de malade ; — 6. Thomas Hubbard : Ulcère perforant du pilier de l'arrière-gorge dans la fièvre scarlatine. Observation ; — 7. S. W. Langmaid : Une épidémie d'adénite cervicale non suppurée ; — 8. D. Braden Kyle : Chimie pathologique de la salive et de la sécrétion pharyngée comme moyen de diagnostic ; — 9. F. E. Hopkins : *a)* Un cas de plaie du larynx ; *b)* Cas de corps étranger des bronches ; — 10. F. Whitehill Hinkel : Traitement de l'empyème du sinus sphénoïdal ; — 11. J. E. Logan : Végétations des adultes.

Mercredi 28. — 1. Emil Mayer : Adénome du nez ; — 2. J. Price-Brown : De l'emploi des tubes de caoutchouc dans le traitement des déviations triangulaires de la cloison ; — 3. R. C. Myles : Abcès traumatique et nécrose du cartilage triangulaire du nez. Rapport de cas et considérations sur le traitement pour prévenir la déformation extérieure ; 4. M. R. Ward : Périchondrite du larynx ; — 5. J. F. Mc Kernon : Division congénitale du palais ; — 6. Frederic C. Cobb : Leucoplasie ; — 7. John O. Roe : Quelques précautions à observer avec l'extrait de capsules surré-

nales; — 8. Richard Frothingham : De la gêne de la respiration chez les nouveau-nés comme caractère de difformité nasale.

~~ Société belge d'otologie, de rhinologie et de laryngologie. — Ordre du jour de la réunion annuelle du 1er juin 1902.

Séance du matin, à l'hôpital Saint-Jean : Allocution du Président ; Rapports du secrétaire et du trésorier ; Admissions de membres titulaires et de membres correspondants ; Modifications aux statuts et règlement ; Élection d'un président ; Choix des questions à mettre à l'ordre du jour de la prochaine réunion ; Nomination des rapporteurs.

Présentation des malades. — Goris : Un cas de complication nasale d'une affection orbitaire ; — Cheval : 1° Thrombo-phlébite du sinus latéral d'origine otitique ; ligature de la jugulaire interne ; guérison ; 2° Lipome pharyngien volumineux ; extraction par les voies naturelles ; guérison ; — Broeckaert : 1° Prothèse nasale (présentation de malades et d'instruments) ; 2° Un cas d'endothéliome du pavillon de l'oreille ; — Capart fils : Un cas de thrombose du sinus latéral ; — Delsaux ; 1° Un cas d'ulcération du pavillon de l'oreille pour diagnostic ; 2° Un cas de tuberculose de la langue ; 3° Collection purulente rétro-pharyngienne ; 4° Éversion du ventricule de Morgagni ; — Hennebert : 1° Fistule cervicale (présentation de la malade, préparations microscopiques) ; 2° Hypertrophie du pavillon tubaire ; 3° Lupus du pharynx ; 4° Tumeur du pharynx, pour diagnostic ; — Labarre : Un cas de sinusite fronto-maxillaire avec carie considérable de la voûte orbitaire ; opération ; guérison ; — Bayer : Un cas de surdité, vertiges et bourdonnements, traité et guéri par l'électricité statique ; — Eeman : 1° Un cas de surdité nerveuse par diphtérie ; 2° Un cas de tumeur du pharynx.

Présentation de pièces anatomiques. — Rousseaux : 1° Myxome de l'amygdale palatine ; 2° Fibrome volumineux du larynx ; extraction par les voies naturelles (préparations microscopiques) ; — Capart fils : Présentation de pièces anatomiques ; — Delsaux : 1° Un cas d'abcès cérébral d'origine otique ; pièces anatomiques ; 2° Coupes macroscopiques du rocher d'un sujet porteur de malformation du pavillon de l'oreille et d'imperforation du conduit auditif externe ; — Beco : Tumeurs du nez.

Présentation d'instruments. — Cheval : 1° Traitement du coryza par l'air chaud ; modifications de l'instrumentation de MM. Lermoyez et Mahu ; 2° Injection de vaseline stérilisée dans la caisse, au moyen de l'auto-injecteur d'ampoules de J. Paillard, de Paris ; — Suarez de Mendoza : Présentation d'instruments ; — Trétrop : 1° Table électrique universelle ; 2° Moteur spécial pour la pratique de l'oto-rhino-laryngologie ; — Delsaux : 1° Instrument spécial pour les injections intra-trachéales dans les affections chroniques de la trachée ; 2° Modification au releveur du voile de M. Mahu ; 3° Dispositif permettant de faire la transillumination des sinus en plein jour ; — Labarre : Présentation d'instruments.

Séance de l'après-midi, à l'Institut Solvay : *Rapports.* — Labarre : Contribution à la pathologie de la trompe d'Eustache ; discussion ; — Capart fils : De l'olfactométrie ; discussion.

Communications. — Ruault : Morcellement des amygdales palatines ; — Capart fils : A propos d'une hyperostose du conduit auditif externe ; — Laurent : Irrigations naso-pharyngiennes en position déclive ; — Goris : De la technique de l'extirpation de l'épithélioma de l'oreille ; — Labarre : Un cas de cancer primitif de l'oreille ; — Laurens : Traitement de la ménin-

gite suppurée d'origine otique par les lavages carnio-rachidiens; — Cheval : Corps étranger de l'œsophage; extraction; — Eeman : Nouveau mode de pansement après les opérations radicales dans les otites moyennes purulentes; — Van Eckhaute : Un cas d'épilepsie nasale; — Merckx : Névralgies réflexes d'origine nasale; — Blondiau : Un cas d'épilepsie réflexe d'abcès latéro-pharyngien; — Delsaux : 1° Les injections intra-tympanales d'iodipine dans les débuts de la sclérose de l'oreille moyenne; 2° Le bougirage à l'adrénaline de la trompe d'Eustache; — Suarez de Mendoza : L'extrait de capsules surrénales en oto-rhino-laryngologie; Heyninx : A propos du somnoforme; — De Stella : Contribution à l'étude des cellulites mastoïdiennes aberrantes; — Hennebert : 1° Deux cas d'otite aiguë compliquée d'antrite guéris par les injections intra-tympanales de vaseline iodoformée; 2° Notes sur le traitement des sinusites maxillaires; 3° Remarques cliniques; — Degreift : Notes sur les sinusites maxillaires; — Broeckaert : Traitement de l'ozène par la restauration des cornets au moyen de paraffine gaïaformée; — Massier : Deux cas de phlegmon de la fosse temporale; Natier : Récidives vraies et fausses récidives de végétations adénoïdes; inefficacité de trois interventions successives; origine et traitement respiratoires; — Parmentier : Guérison d'un goitre après enlèvement de polypes muqueux du nez.

Le Président,
Dr Goris.

Le Secrétaire,
Dr C. Hennebert,
8, rue d'Egmont.

— Programme de la VIIIe réunion annuelle de l'American, laryngological, rhinological and otological Society, qui se tiendra à Washington les 2, 3 et 4 juin 1902. La session se réunira dans Assembly hall of the Cosmos Club Vermont avenue and H. Street. — Voici le titre des communications annoncées.

Lundi 2 juin. — 1. Sargent F. Snow : Des points importants du traitement de la surdité catarrhale; — 2. Robert M. Levy : Hautes altitudes dans le traitement de la tuberculose des voies aériennes supérieures. La discussion sera ouverte par Charles Mc Gahan; — 3. D. Braden Kyle : Infection par les glandes pharyngées; — 4. Francis R. Packard : Rapport d'un cas de nécrose rapide de l'os temporal à la suite de la scarlatine; — 5. H. W. Loeb : Un cas de fibrome papillaire du larynx; — 6. John M. Ingersoll : Torticolis spasmodique à la suite de l'adénotomie; — 7. W. H. Shields : L'influenza comme facteur des maladies inflammatoires des voies respiratoires. La discussion sera ouverte par J. A. Stucky; — 8. Edward B. Dench : Des différents modes opératoires pour guérir les suppurations de l'oreille moyenne et de leur valeur; — 9. Geo L. Richards : Otite moyenne suppurée chronique. Quand doit-on mettre en usage la cure radicale et en quoi doit consister cette dernière? La discussion des rapports par les Drs Dench et Richards sera ouverte par S. Maccuen Smith, Robert Lewis, Jr. C. R. Holmes; — 10. G. Hudson Mackuen : Tumeur naso-pharyngienne avec exhibition du malade; — 11. Price Brown : Sténose du larynx. La discussion sera ouverte par A B. Duel; — 12. Thomas F. Keller : Staphylite et ses suites; — 13. Mac A. Goldstein : Tuberculose de l'oreille moyenne, avec rapport de cas; — 14. Jno. O. Mc

Reynolds : Hémorragie dans les fosses nasales; — 15. Wm. L. Ballenger : Symptômes rationnels des végétations adénoïdes; — 16. W. Freudenthal : Lumière électrique dans les maladies des organes respiratoires.

Mardi 3 juin. — 17. Maladies des cavités accessoires : *a)* Robert C. Myles : Considérations générales; — *b)* C. A. Thigpen : Sinus frontal; — *c)* Eugène L. Vansant : Cellules ethmoïdales; — *d)* Cornélius G. Coakley : Cellules sphénoïdales; — *e)* F. C. Cobb : Antre d'Highmore; — *f)* Lewis A. Coffin ; Diagnostic et traitement des sinusites frontales; — *g)* H. Holbrook Curtis : Technique opératoire des sinusites frontales, rapport de trois cas traités sans drainage nasal. La discussion sera ouverte par : John O. Roe, Jas E. Logan, M. R. Ward, Conrad Berens; — 18. James F. Mc Caw : Épithélioma primitif de la luette et du voile du palais; traitement avec les rayons de Röntgen; rapport de cas; — 19. Dunbar Roy : Rapport d'un cas de papillome du larynx chez un enfant, avec remarques; — 20. D. J. Gibb Wishart : Paralysie des abducteurs du larynx. La discussion sera ouverte par Norton L. Wilson; — 21. Chevalier Jackson : Insuccès dans les essais de correction des déviations du septum. La discussion sera ouverte par Lewis C. Cline; — 22. W. Scheppegrell : Les rayons X dans le traitement de la tuberculose, avec quelques considérations sur la laryngite tuberculeuse; — 23. Frank. E. Miller : Étude des nodules des chanteurs. Considérations sur leur traitement et leur étiologie. La discussion sera ouverte par H. Holbrook Curtis, G. H. Mackuen, Norval H. Pierce; — 24. W. H. Haskin : Rapport d'un cas d'épithélioma de la cavité tympanique ayant envahi la mastoïde; — 25. Wendell C. Phillips : Examen du pus de l'oreille moyenne dans les cas de suppuration de cette région. La discussion sera ouverte par J. F. Mc Kernon; — 26. Ewing W. Day : Deux cas de mastoïdite : un se terminant par la thrombose du sinus caverneux, l'autre compliqué d'une tumeur du cervelet simulant un abcès; — 27. W. S. Renner : Valeur de la sonde de Lucae dans le traitement de l'otite moyenne non suppurée; — 28. Norval H. Pierce : Exentération de la cavité tympanique pour guérir les suppurations chroniques; — 29. Henry J. Hartz : Pathologie et diagnostic de l'otite moyenne insidieuse (c'est-à-dire sclérose). La discussion sera ouverte par Wm. L. Ballenger.

Mercredi 4 juin. — 30. Thomas J. Harris : Pronostic du catarrhe chronique de la gorge et de l'oreille. Remarques : 31. George T. Ross : *a)* Kyste mucoïde du cornet moyen; *b)* Excroissance polypoïde de l'amygdale; *c)* Anévrysme de l'aorte avec symptômes rares; — 32. Thomas H. Halsted : Corps étranger de la partie inférieure de l'arbre respiratoire chez les enfants. Rapport de cinq trachéotomies chez des enfants âgés de deux ans et un an et demi; — 33. T. Passmore Berens : *A case of glioma of the Pons. Operation. Autopsy three months later;* — 34. Francis F. Quinlan : Injections de paraffine dans les difformités du nez et de la face; — 35. Seymour Oppenheimer : Système veineux de l'os temporal; ses relations avec les complications mastoïdiennes; — 36. George Fetterolt : Méthode simple pour corriger les déviations de la cloison; — 37. Redmond Payne : Rapport d'un cas de carcinome du larynx débutant par la commissure antérieure à la région sus et sous-glottique; opération partielle; guérison; laryngectomie.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 23. 7 JUIN 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DE LA LABYRINTHITE DANS LES OREILLONS[1]

Par le Dr V. TEXIER, chef du service oto-laryngologique de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Les complications auriculaires des oreillons, considérées comme rares pendant longtemps, paraissent relativement plus fréquentes depuis que l'attention des auristes a été attirée de ce côté. Toynbee[2] fut le premier à signaler dans son *Traité des maladies de l'oreille*, la répercussion des oreillons sur l'organe de l'ouïe, et John Roosa[3] fut le seul jusqu'en 1881, qui consacra quelques lignes à cette complication dans son *Traité classique des affections des oreilles*. Les premiers travaux d'ensemble sur la question sont dus à Moure[4] qui, à propos d'un cas de surdité survenue à la suite des oreillons, cite sept faits connus jusque-là; à Lannois et Lemoine[5], qui reprirent la question l'année suivante et publièrent 9 cas de surdité ourlienne. Depuis lors, des observations ont été publiées sur ce sujet par Moos, Seitz, Dreyfus-Brissac, Fournié, Éloy, Calmettes, Gellé, Lannois[6], etc.,

1. Travail reçu le 2 avril 1902.
2. Toynbee, *Traité des maladies de l'oreille*. Londres, 1860. (trad. franç. Darin, 1874).
3. John Roosa, *A practical treatise on diseases of ear*. New-York, 1885.
4. Moure, *Rev. mens. de laryngol., otol. et rhinol.*, 1882.
5. Lannois et Lemoine, *Rev. de médecine*, 1883.
6. Lannois, Surdité ourlienne (*Lyon méd.*, 1900).

que l'on retrouve résumées dans l'excellente thèse de May[1].

Traitant les complications auriculaires des oreillons, May envisage tour à tour les cas de surdité complète, la surdité temporaire et les autres manifestations auriculaires des oreillons, otalgies, catarrhe de l'oreille externe, surdité par lésions de l'oreille externe.

A propos de la surdité ourlienne, il rapporte 30 cas. A ces observations nous pouvons ajouter 2 cas de Gradenigo, les seuls que nous ayons trouvés depuis 1899, et 2 cas personnels dont un de surdité bilatérale et le second de surdité unilatérale.

Dans le premier cas, publié par Gradenigo[2], il s'agit d'un enfant de six ans et demi, bien portant, sans antécédents suspects en ce qui concerne la surdité. Un mois auparavant, il fut pris, un matin, de gonflement des deux parotides. A aucun moment la fièvre n'a présenté de caractère inquiétant. Le malade n'a présenté ni phénomènes méningés ni vomissements. Le matin du cinquième jour, la mère fut surprise de s'apercevoir que l'enfant n'était pas capable de répondre aux questions qu'on lui posait, il était devenu complètement sourd dans l'espace d'une nuit. Le malade avait des bourdonnements d'oreilles, mais pas de troubles dans l'équilibre. La perceptibilité acoustique était complètement abolie. L'examen des oreilles, de la gorge et du nez ne présentait rien d'anormal.

Le deuxième fait de Gradenigo est relatif à un jeune soldat de vingt et un ans, sans antécédents syphilitique ou autre, ayant eu les oreillons dix-huit mois auparavant. L'affection a été chez lui bénigne, sans fièvre, puisqu'il n'est resté que quatre jours à l'infirmerie. Deux jours après avoir repris du service, il rentre à l'hôpital pour une orchite double. Dix ou douze jours après le début de la parotidite, il éprouva des

1. May, *Complications auriculaires des oreillons*. Thèse de Lyon, 1899, n° 72.
2. Gradenigo, *Archiv. ital. di otol.*, n° 1, 1901.

bourdonnements très intenses, de tonalité basse, dans l'oreille droite. Les bourdonnements n'ont pas cessé depuis. Le malade affirme n'avoir jamais eu ni vertige ni douleur d'oreilles. L'examen de l'oreille droite montre la membrane du tympan normale. Weber non latéralisé pour les diapasons graves; *ut* et *ut'* nettement localisés à gauche (oreille normale). A droite, on ne peut constater la moindre perceptibilité acoustique.

Les deux cas qui me sont personnels se rapprochent beaucoup des observations publiées, soudaineté du début de la surdité, bourdonnements, mais se caractérisent par la présence de vertiges ayant duré un certain temps.

Observation I. — M. M. A..., âgé de dix-sept ans, m'est adressé le 31 octobre 1901 pour une surdité complète des deux oreilles datant du mois de février de la même année. A ce moment, il fut pris des oreillons; il avait un gonflement assez notable des deux parotides, sans éprouver toutefois de grandes douleurs ni dans les glandes ni dans les oreilles.

Huit jours après le début de l'affection, il fut pris subitement de surdité, de bourdonnements et de vertiges. La surdité était complète des deux côtés, et l'entourage devait crier très fort pour se faire entendre; les bourdonnements étaient continus, sans caractère spécial. Les vertiges étaient assez accentués pour qu'il semblât au malade alité que « tout tournait autour de lui ». Ces vertiges durèrent trois à quatre jours et furent accompagnés de nausées et de *vomissements*. Le malade resta couché un mois environ, et les vertiges disparurent presque complètement.

Depuis lors, à deux ou trois reprises, le malade fut pris de vertiges de quelques secondes.

L'audition n'a pas changé.

On ne note dans ses antécédents aucun écoulement d'oreilles, et il ne fit comme maladie qu'une rougeole dans l'enfance.

L'examen des oreilles ne décèle rien d'anormal. Les tympans sont normaux. L'audition est nulle pour la montre et la voix basse. On finit par se faire entendre en forçant la voix, à 10 centimètres environ. Les diapasons ne sont pas perçus.

Obs. II. — Le nommé D. H..., vingt-trois ans, sergent au 65e régiment de ligne, entre aux baraquements de l'Hospice général de

Nantes, le 5 février 1902, pour les oreillons. La parotidite commença à droite quarante-huit heures auparavant. Le gonflement fut assez volumineux, et, au bout de quelques jours, il fut bilatéral. Pendant cette première période, la fièvre fut assez accentuée pour atteindre 39° 2.

Les bourdonnements de l'oreille gauche et la surdité du même côté dont se plaint le malade débutèrent en même temps que le gonflement parotidien gauche. Dans la nuit du 3 au 4 février, il fut pris brusquement de bourdonnements dans l'oreille gauche, et le matin, au réveil, il s'aperçut que le bourdonnement persistait et qu'il n'entendait plus de ce côté. Le malade compare les bourdonnements au bruit du vent dans les feuilles; ils sont plutôt sourds qu'aigus, continus, avec exacerbation quand il y a du bruit.

En même temps que les bourdonnements et la surdité, le patient eut des vertiges qui durèrent environ un mois. Ils n'étaient pas très prononcés, mais survenaient dès que le malade faisait un mouvement brusque; le seul fait de tourner brusquement la tête, de s'asseoir dans le lit, de marcher vite, provoquait des vertiges, et, une certaine titubation. Ils allèrent en s'atténuant, en s'espaçant et au bout de quelques semaines, disparurent. Il n'eut aucune autre complication ourlienne. On ne note dans ses antécédents personnels aucune affection de l'oreille. Il a toujours bien entendu. Il n'a jamais eu la syphilis ni aucune autre maladie. Ses parents sont bien portants et ne sont pas sourds.

L'examen des oreilles ne décèle aucune lésion. L'oreille gauche, comme l'oreille droite (saine), est normale. Le tympan ne présente aucune trace d'enfoncement; il a sa mobilité normale au spéculum de Seigle. Le Weber est latéralisé à droite. Rinne est négatif à gauche. La montre n'est entendue ni par l'air ni par l'os. La voix basse n'est pas perçue. L'examen de la trompe ne nous révèle rien d'anormal. Le cathétérisme laisse largement passer l'air et ne donne aucun soulagement au malade.

L'examen du nez, du pharynx et de la gorge est négatif. Le malade est soumis actuellement au traitement suivant : injection au nitrate de pilocarpine, de 4 à 10 milligrammes par jour.

Les cas de surdité de cause ourlienne publiés jusqu'à ce jour sont donc de 34; la fréquence n'est donc que relative si on les compare au nombre des épidémies d'oreillons; notons que, sur 45 malades traités à l'Hospice général de

Nantes, lors de la dernière épidémie, il n'y a eu qu'un seul cas de surdité complète unilatérale : c'est le malade qui fait le sujet de notre observation II.

De la lecture des observations il résulte que la surdité ourlienne a des points communs, surdité et bourdonnements, et des symptômes particuliers s'ajoutant parfois à ceux-ci, vertiges et vomissements. La surdité débute brusquement et est généralement complète d'emblée; sa date d'apparition est variable; elle accompagne généralement le gonflement parotidien, mais peut la précéder ou même survenir sans lésion glandulaire du même côté (Lannois). Elle est unilatérale ou bilatérale, avec une fréquence presque égale, et ce n'est pas nécessairement l'oreille du côté parotidien le plus accentué qui est atteinte. Elle est persistante, et, sauf des cas d'amélioration très rare (May), elle est incurable.

Les bourdonnements qui l'accompagnent ne paraissent pas avoir des caractères bien spéciaux; les malades, cependant, les comparent plus volontiers au bruit du vent dans les feuilles, au bruit de la mer qu'à un sifflement aigu. Ils sont généralement persistants et continus, et peuvent être exaspérés par le bruit (obs. II).

A côté de ces symptômes, communs à toutes les observations, se manifestent des vertiges et des vomissements, et *c'est à leur présence* et *à leur durée* que *nos deux faits* ajoutent une particularité à la physionomie habituelle de l'affection.

Les vertiges, il est vrai, s'observent fréquemment (13 fois sur 32 observations publiées), mais dans un petit nombre seulement on note une durée notable, un ou deux mois; généralement ils ne durent que de quelques heures à quelques jours. Dans un ou deux cas, ils ont persisté environ un mois et se manifestaient par accès, sous l'influence de la marche ou d'un mouvement brusque. Le vertige qui accompagne la surdité ourlienne n'a pas de caractère propre et se présente avec ceux qu'il affecte dans le syndrome de

Ménière. Il débute généralement avec les bourdonnements et la surdité, et s'exaspère par les mouvements de la marche; rarement il est continu et ils se présente plutôt par accès. Ils s'accompagnent rarement de nausées et de vomissements (4 cas observés), et c'est là un des points intéressants de notre premier fait, notre malade ayant eu des vomissements pendant les quatre premiers jours de sa surdité ourlienne.

La fièvre n'accompagne pas nécessairement l'éclosion de la surdité, et, dans beaucoup d'observations, l'affection est survenue chez des malades atteints d'une façon très bénigne. On n'observe généralement aucune lésion du tympan ou de l'oreille moyenne, mais, d'après May, « la surdité ourlienne s'attaquerait rarement à des sujets normaux du côté des oreilles, mais de préférence à ceux qui ont déjà présenté des affections auriculaires, même minimes. »

En ce qui concerne le siège de la lésion, tous les auteurs sont d'accord pour admettre que c'est le labyrinthe. En effet, on ne trouve généralement aucune lésion soit dans le conduit auditif externe, soit dans l'oreille moyenne, soit dans la trompe. De plus, les symptômes que présente la surdité ourlienne (bourdonnements, vertige, surdité complète), l'examen de l'audition au diapason (Weber latéralisé au côté sain, ou négatif si les deux oreilles sont atteintes; perte de conductibilité des sons par le crâne) sont bien en faveur d'une lésion labyrinthique se rapprochant de la maladie de Ménière. La nature de la lésion est plus difficile à expliquer. Se basant sur une autopsie de Toynbee où existait une hémorragie labyrinthique et sur l'étude des symptômes, Duch, Brünner, Lemoine et Lannois admettent qu'il s'agit dans cette affection d'un épanchement labyrinthique, séreux ou hémorragique, comprimant les organes du labyrinthe et amenant l'atrophie de l'organe de Corti. A côté de cette théorie logique et généralement admise, John Roosa et Fournié admettent l'hypothèse d'une atrophie du nerf

auditif, et Ménière croit que, le plus souvent, il s'agit d'une hyperémie méningée amenant secondairement une atrophie du nerf auditif; mais ces hypothèses n'expliquent pas les symptômes fréquemment observés, les bourdonnements et les vertiges.

Au point de vue pathogénique, le voisinage des parotides et des oreilles a fait envisager la surdité comme une complication locale, s'effectuant par l'intermédiaire des vaisseaux et nerfs, notamment le nerf facial (Vogel). Grüber s'appuyant sur la fréquence de la transmission inflammatoire de l'oreille moyenne à la région parotidienne, conclut qu'elle peut suivre le chemin opposé. Moos, Brünner se rattachent à l'idée d'une auto-infection, le sang charriant des substances nuisibles dans les organes à circulation difficile, tels que le testicule et l'oreille interne; cette théorie est facilement réfutable si on envisage les cas où l'orchite existe sans gonflement parotidien et où la surdité apparaît avant la parotidite. La théorie des métastases, fortement ébranlée par les progrès de la science, ne satisfait naturellement pas l'esprit.

Nous admettons plus volontiers, avec Lannois et Lemoine, que les oreillons sont une maladie infectieuse, générale, et que la surdité complète n'est que le résultat d'une localisation des oreillons. « Sans parler du microbe des oreillons, dit Lannois, on peut dire que, au point de vue épidémiologique (transmissibilité, innocuité conférée par l'atteinte), au point de vue clinique (incubation, période d'invasion, fièvre primaire et secondaire), les oreillons, maladie générale, ont, non pas des complications, mais des manifestations locales *habituelles* (gonflement des glandes salivaires), *fréquentes* (orchites), *rares* (prostatite, mammite, ovarite, accidents cérébraux, affections oculaires); et c'est dans cette dernière catégorie qu'on doit placer la surdité ourlienne. »

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

CONGRÈS ANNUEL TENU SOUS LA PRÉSIDENCE DU Dr LERMOYEZ

(*Suite*[1])

Séance du 6 mai.

Présidence de M. Lermoyez, de Paris.

La Société décide que désormais les séances auront lieu le matin ou l'après-midi.

La Commission des finances, composée de MM. Cartaz, Alfred Martin et Ruault, approuve les comptes du trésorier.

Après lecture d'un rapport de M. Moure, au nom de la Commission dont il fait partie avec MM. Lannois et Lubet-Barbon, la Société vote sur les candidatures aux titres de membre titulaire et de membre correspondant. Tous les candidats sont admis.

Sur la proposition de cette Commission, la Société décide que désormais toute demande de candidature (avec travail inédit à l'appui) devra être envoyée au président avant le 31 décembre de chaque année.

MM. Lannois, Lubet-Barbon et Moure restent en fonctions jusqu'à la session de 1903, où ils feront un rapport sur les candidatures présentées avant le 31 décembre 1902.

M. E. J. Moure, de Bordeaux. — **Rapport verbal sur le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée.**

M. Moure pose d'abord en principe que le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée doit être fait par les praticiens habitués à pratiquer l'examen fonctionnel et objectif de l'oreille; eux seuls, en effet, peuvent juger de la nature de la lésion qu'ils ont sous les yeux, du degré de l'infection et du moment opportun où il convient d'appliquer tel ou tel traitement.

D'un autre côté, il insiste sur la nécessité qu'il y aurait à examiner les oreilles des malades atteints de fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc., lorsqu'à la période de convalescence on voit la fièvre s'allumer de nouveau sans que l'on

1. Voir n° 22, du 31 mai 1902.

trouve, sur les divers organes accessibles à l'auscultation ou à la percussion, l'explication de cette nouvelle poussée infectieuse.

Le rapporteur estime que l'otite moyenne suppurée aiguë peut être considérée à deux périodes de son développement : 1° avant la perforation du tympan, alors que la caisse est remplie de liquide séreux, purulent ou même hémorragique, suivant les formes de la maladie; 2° à la période dite de suppuration, c'est-à-dire lorsque la caisse a vidé son contenu à l'extérieur.

1° Dans le premier cas, les efforts du médecin traitant doivent tendre à obtenir la résolution, en pratiquant d'abord l'asepsie des cavités nasales et naso-pharyngiennes, qui souvent ont été le point de départ de l'otite. Les inhalations de vapeurs aromatiques, les pommades légèrement mentholées et cocaïnées, les lavages des fosses nasales, dans quelques cas, sont les moyens dont dispose la thérapeutique pour arriver à ce but.

Localement, M. Moure n'est pas absolument ennemi, tout à fait au début de la maladie, de révulsifs mastoïdiens; il donne, dans ce cas, la préférence au chlorure de méthyle, qui a l'avantage de ne pas faire de plaie suppurante de la paroi, par conséquent, de ne pas créer une infection qui pourrait être gênante plus tard, s'il y avait lieu d'intervenir sur la mastoïde.

Les bains d'oreilles à l'aide de décoctions de racine de guimauve et de feuilles de coca, les instillations de glycérine phéniquée ou cocaïnée sont encore des moyens qui peuvent favoriser la résolution de l'exsudat contenu dans la caisse.

2° Si, malgré ce traitement, les douleurs persistent, ce qui est l'indice d'une infection qui continue à progresser, il ne faut pas hésiter à pratiquer la myringotomie, afin d'empêcher le tympan d'éclater seul, dans un point qui ne serait peut-être pas favorable à l'écoulement du pus et surtout à la conservation de l'ouïe, une fois l'otite guérie.

La perforation du tympan doit être pratiquée de préférence, d'après M. Moure, dans le segment antéro-inférieur, tout près du cadre; une large incision semi-circulaire permettra de donner issue au contenu de la caisse. Pendant les premiers jours qui suivront la myringotomie, on devra se borner à faire des fomentations chaudes et des injections abondantes avec de l'eau bouillie tiède, boriquée ou légèrement alcaline; ces injections seront faites doucement, de manière à ne pas provoquer de traumatisme sur la membrane tympanique enflammée, deux ou trois fois par jour, suivant l'abondance de l'écoulement. Un tampon d'ouate hydrophile simple ou boriquée, ou un tampon de gaze stérilisée, sera

placé à l'entrée du conduit, de façon à favoriser le drainage de la cavité qui suppure.

Il sera très important de surveiller de temps à autre l'oreille du malade, pour s'assurer qu'il ne reste pas dans le conduit, surtout au-devant de la perforation, des pellicules épidermiques qui risqueraient de fermer l'orifice et, par conséquent, d'empêcher l'écoulement du pus vers l'extérieur. Dès que la suppuration diminuera, les injections devront être espacées de plus en plus et même supprimées complètement, au bout de quelques jours, pour être remplacées par des pansements secs, qui seront toujours faits d'une manière aseptique. Toutefois, il est bon de remarquer que certains malades supportent très mal ces pansements et qu'il est encore préférable, chez eux, de revenir aux injections, jusqu'au moment où l'écoulement est tari, plutôt que de provoquer une irritation des parois du conduit et de la membrane du tympan, susceptible d'entretenir l'infection au lieu de la guérir.

Seul l'examen méthodique et le traitement régulier du malade permettront de savoir dans quel cas et à quel moment il convient d'appliquer telle ou telle thérapeutique.

Contrairement à ce qu'ont écrit bien des auteurs classiques, M. Moure repousse d'une façon absolue, pendant le cours de la suppuration aiguë de la caisse, les insufflations faites par la trompe, soit par le Valsalva, par le Politzer ou même le cathéter. Ces moyens, en effet, ne peuvent avoir d'autre avantage que de propulser dans la caisse les produits septiques contenus dans le naso-pharynx, et d'entretenir, par conséquent, la pullulation microbienne au lieu de l'enrayer. Bien plus, l'air passant toujours dans ces cas, avec une certaine difficulté, l'insufflation est douloureuse, car elle écarte les bords de l'ouverture tympanique, produisant là une sorte de traumatisme plus préjudiciable qu'utile au malade.

A plus forte raison l'auteur déconseille-t-il l'emploi d'injections faites par la trompe d'Eustache; ces dernières ont l'inconvénient non seulement d'apporter des liquides septiques dans la caisse, mais encore de les chasser jusque dans l'apophyse mastoïde; et, par conséquent, de déterminer des complications qui n'auraient peut-être jamais existé sans ce traitement intempestif.

Enfin, la dernière indication thérapeutique de l'otite moyenne aiguë consiste à surveiller de très près l'apophyse mastoïde et l'état général du malade, de manière à intervenir rapidement dès que les indications d'une mastoïdite persistante deviennent manifestes, ou, à plus forte raison, dès que l'on redoute l'apparition de ces

accidents graves contre lesquels la thérapeutique la plus énergique reste le plus souvent impuissante.

M. Luc, de Paris. — Je m'associe à la plupart des vues que M. Moure vient de développer, je partage beaucoup des appréciations qu'il a formulées. Je pense cependant qu'une fois le tympan largement ouvert, nos moyens d'action sont minimes sur l'otite moyenne aiguë quand ils sont limités au conduit.

Or, étant donnée la rapidité avec laquelle s'arrête l'écoulement une fois l'antre ouvert, je me demande si, dans quelques années, l'antrectomie ne sera pas considérée comme le traitement de choix des écoulements aigus, *profus*, indiquant une participation des cavités mastoïdiennes à la suppuration, même en dehors de toute douleur et de tout gonflement rétro-auriculaire.

M. Lubet-Barbon. — La période vraiment otologique des otites aiguës est celle qui précède l'ouverture spontanée du tympan. A ce moment la paracentèse soulage et souvent guérit.

Ce n'est pas la paracentèse, lorsqu'elle est bien faite, qui provoque la suppuration, c'est la maladie qui l'amène; et, dès lors qu'il y a du pus dans la caisse, il faut toujours se souvenir du vieil adage. « *Ubi pus, ibi evacua.* »

L'opinion de M. Luc est, à mon sens, très soutenable, car, dans l'otite moyenne aiguë, il est bien rare que l'inflammation des cellules de l'antre n'accompagne pas l'inflammation de la caisse.

M. Cheval, de Bruxelles. — Je désire poser une simple question à M. Moure. Étant donné que la plupart, sinon toutes les infections ototubaires proviennent d'une infection préalable nasale ou rétro-nasale, et que la présence de tumeurs adénoïdes constitue alors fréquemment un foyer d'infection, je demanderai si l'otite aiguë est une contre-indication à l'ablation des végétations, ou si l'ablation de ces dernières ne constitue pas la première phase du traitement de l'otite moyenne suppurée aiguë.

M. Malherbe, de Paris. — J'appuie d'autant plus les idées soutenues par MM. Luc et Lubet-Barbon que j'ai le premier proposé, il y a deux ans, dans un article du *Bulletin médical* ayant pour titre : « Cavité close dans l'otite moyenne, » l'antrotomie comme le traitement de choix des otites moyennes aiguës.

C'est pour moi le traitement logique et en même temps efficace de ces affections. J'ajouterai qu'il n'est nullement plus dangereux que la paracentèse et qu'il a, de plus, l'avantage de prévenir les complications mastoïdiennes.

M. Chavasse, de Paris. — Je partage absolument l'opinion de M. Lubet-Barbon au sujet de l'efficacité de la paracentèse au début de l'otite moyenne aiguë suppurée ou non, avant l'établissement de toute perforation. La guérison est, dans ces cas, toujours obtenue très rapidement.

En ce qui concerne l'influence de la trépanation hâtive de la mastoïde sur l'évolution de la suppuration de la caisse, elle est aussi des plus heu-

reuses, et j'en ai obtenu d'excellents résultats dans les cas où j'ai été amené à la pratiquer.

M. Castex. — Lorsque je me trouve en face d'un cas douteux au point de vue de la myringotomie, je préfère inciser, ayant remarqué que les suites de l'otite sont ainsi moins longues et que, notamment, la surdité et les bourdonnements sont moindres. Mon opinion résulte de la comparaison de deux séries de malades, les uns incisés, les autres non incisés. L'incision doit être poussée jusqu'à ce que la pointe du bistouri sente le contact du promontoire pour obtenir un débridement suffisant.

M. Noquet. — M. Moure est d'avis que, dans le cours de l'otite moyenne purulente aiguë, il ne faut pratiquer aucune insufflation par la trompe. Or, il y a quelques années encore, les insufflations d'air, et surtout les injections de liquides antiseptiques, faites par la trompe à l'aide du cathéter, étaient préconisées dans tous les traités classiques. Pour mon compte, j'emploie depuis longtemps les injections de liquides antiseptiques faites par la trompe, et je dois dire que j'ai toujours eu à me louer de cette méthode. Bien entendu, je prescris en même temps les autres moyens dont a parlé M. Moure, injections, instillations dans le conduit auditif, antisepsie des fosses nasales et du pharynx.

Il y a environ dix ans, notre regretté collègue Delstanche, de Bruxelles, avait conseillé d'injecter par la trompe de l'huile de vaseline iodoformée. J'ai suivi sa pratique et l'ai reconnue bonne. Toutefois, dans ces dernières années, j'ai remplacé l'iodoforme par un de ses succédanés, l'europhène. Ce produit contient beaucoup d'iode, et n'a pas l'odeur désagréable de l'iodoforme; il est aussi plus soluble dans l'huile de vaseline. On peut injecter une solution contenant 5 o/o d'europhène. Je fais ces injections deux fois par semaine et je crois pouvoir affirmer, en me basant sur de nombreux cas, que leur effet est toujours salutaire.

En somme, ces injections font une sorte de drainage antiseptique. Elles chassent au dehors le pus contenu dans la caisse et mettent en contact, avec la muqueuse malade, un produit non irritant qui lutte avantageusement contre la suppuration.

M. Lannois. — Je ne crois pas qu'on puisse laisser passer sans protestation l'assertion de quelques-uns des orateurs précédents, que le moyen le meilleur et le plus rapide de guérir une otite moyenne aiguë serait de faire la trépanation précoce de l'antre; ils ont suggéré que cela vaudrait sans doute mieux que de faire la paracentèse du tympan puisqu'on attaquerait ainsi le mal à son véritable siège! Sans tenir compte de beaucoup d'autres considérations importantes, je leur demanderai seulement combien de temps dure le traitement d'une mastoïdite opérée dans les cas où on a réellement trouvé du pus dans l'antre et les cellules : il faudra toujours bien compter quatre à cinq semaines au moins, mettons trois dans quelques rares cas extrêmement favorables. Mais, comme une otite aiguë dure au maximum trois ou quatre semaines et souvent beaucoup moins, qu'on ne pourra guère intervenir qu'entre le huitième et le quinzième jour, je me demande quel sera le gain au point de vue de la durée

de la maladie. Et je ne parle pas de tous les inconvénients d'une intervention que nous ne pouvons présenter aux malades comme insignifiante!

M. Moure. — M. Luc vient d'aborder la discussion des indications opératoires de la mastoïdite, mais il n'entre certainement pas dans son idée de conseiller l'antrectomie comme moyen de traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée. Pour ce qui concerne la myringotomie, il est facile de voir si le liquide contenu dans la caisse est séreux ou purulent; dans le premier cas, il s'agit d'une otite moyenne catarrhale exsudative; alors la myringotomie aseptique n'amène pas la suppuration; mais dans la deuxième hypothèse, le liquide purulent, souvent stérile au début, s'infecte pour ainsi dire toujours après l'ouverture de la membrane.

Je répondrai à M. Cheval que je déconseille systématiquement l'opération des adénoïdes enflammées; par contre, dès que toute trace d'infection aiguë a disparu l'opération s'impose.

M. Lermoyez. — Vous voudrez bien permettre à votre président de prendre la parole à la fin de cette discussion et de vous dire qu'à son avis la question ne paraît pas mise au point.

A l'heure actuelle, bien des praticiens, même des plus éminents, soutiennent qu'il y a intérêt, pour toute otite aiguë, à ne pas être traitée otologiquement. Ce n'est pas, assurément, l'opinion de la Société; chacun de nous a présents à la mémoire nombre de cas où la paracentèse a sauvé l'existence du malade.

Aussi devons-nous réagir contre de pareilles tendances, et, pour cela, établir des statistiques nourries de faits que nous opposerons aux appréciations peu fondées de nos contradicteurs.

Il serait donc avantageux que la Société se prononce : 1° sur l'opportunité d'un traitement otologique; 2° sur le traitement de choix à opposer.

Je vous propose donc de décider qu'un rapport sur la question sera fait en 1904. Trois rapporteurs seront nommés à cet effet : l'un s'occupera des dangers du traitement médical au point de vue de l'otorrhée, l'autre au point de vue de l'ouïe, le troisième étudiera les complications cérébrales.

Ces propositions sont acceptées à l'unanimité. MM. Lermoyez, Lubet-Barbon et Moure sont élus rapporteurs, avec prière de s'entendre entre eux pour la division du travail.

M. Lavrand, de Lille. — **La respiration bucco-nasale est possible.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Luc, de Paris. — **De la lepto-méningite précoce et foudroyante consécutive à l'opération radicale de l'empyème frontal.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Moure. — Je désirerais demander à M. Luc comment il pratique la désinfection du foyer opératoire. Pour ma part, je ne trouve aucune sorte

d'inconvénient à écouvillonner largement et même d'une façon répétée la cavité curettée, à l'aide d'un solution de chlorure de zinc au 1/10. J'estime que ce topique est un antiseptique des plus énergiques, qui n'a que des avantages et aucune sorte d'inconvénients. J'ai l'habitude de terminer par un lavage de la cavité de la plaie avec une solution de cyanure de mercure au 1/1,000.

Dans le cas de M. Luc, il faut envisager la possibilité d'une infection venant de l'extérieur par les aides; il y a, en effet, à craindre que le chloroformisateur, dont le masque et les mains s'approchent très souvent du champ sur lequel on opère, puisse devenir une source d'infection.

J'ai observé, il y a déjà bien des années, un cas de ce genre dans lequel, en reconstituant l'histoire de mon opération, j'ai pu établir d'une façon très nette que les phénomènes infectieux étaient venus du dehors, fait le plus habituel, je crois.

M. Raoult, de Nancy. — M. Luc a dit n'avoir pas pu enlever la paroi externe de l'extrémité du sinus. Il se pourrait qu'il y ait eu à ce niveau un point osseux malade, invisible pour l'opérateur, qui ait été la cause de l'infection.

M. Ruault, de Paris. — Il ne faudrait peut-être pas exagérer cette soi-disant infection. Dans une opération, j'ai eu mon chloroformisateur qui a laissé tomber quelques gouttes de sueur dans le foyer, et cependant il n'y a eu aucune complication, le malade a très bien guéri.

M. Lermoyez. — Est-ce que M. Luc se sert du maillet à gouge?

M. Luc. — Je réponds à M. Moure : je ne crois pas qu'il y ait lieu de songer à une infection apportée du dehors par l'opérateur ou ses aides dans un foyer rempli de pus septique. Il me paraît plus rationnel d'admettre que c'est ce pus qui au moment du curettage infecte les vaisseaux de la paroi osseuse profonde.

A M. Lermoyez, je dis que je me sers du maillet à gouge. Mais je ne crois pas que son action nocive puisse être invoquée, sauf dans le cas de collection purulente sous-durale, dont l'ébranlement, produit par le maillet, provoque l'effraction et la diffusion. Or, dans mon fait, l'opération montra qu'il n'existait pas de collection sous-durale.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

CAVITÉS ACCESSOIRES

Les sinus dédoublés *(Ueber Zweiteilung der Nebenhohlen der Nase)* (Communication faite à la Société d'otologie berlinoise du 15 novembre 1901), par le Dr Brühl.

Le dédoublement d'un sinus est souvent simulé par une crête, un septum très oblique (sinus frontal et sphénoïdal),

une membrane un peu développée, une néo-formation périostique, enfin, quelquefois, par un kyste dentaire (sinus maxillaire). Est-on en présence d'une double cavité, il faut rechercher d'abord si la cavité anormale débouche dans le nez, — on aura ainsi la preuve qu'elle dépend du système pneumatique nasal, — puis, dans quel méat elle s'ouvre. Ainsi, une loge maxillaire postérieure qui s'ouvre dans le méat supérieur n'est pas une dépendance de l'antre d'Highmore, mais bien une invagination du système ethmoïdal dans la cavité du maxillaire. Les dédoublements vrais seraient très rares. Sur 200 crânes examinés à ce sujet, l'auteur les a trouvés 28 fois pour le sinus frontal, 1 fois pour le maxillaire, 9 fois pour le sphénoïdal; enfin, il a rencontré 22 cellules ethmoïdo-sphénoïdales, ou invaginations de l'ethmoïde dans le sinus sphénoïdal. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, févr. 1902.)

Dr BERBINEAU.

LARYNX ET TRACHÉE

Épithélioma de l'épiglotte, par MM. RISPAIL et LAURENS.

Les auteurs présentent le larynx d'un homme de soixante-seize ans, chez lequel le Dr Escat avait fait, à l'examen laryngoscopique, le diagnostic de tumeur probablement épithéliale de l'épiglotte. En présence de phénomènes asphyxiques très accentués, le malade dut subir la trachéotomie; quelques jours après, il mourait de broncho-pneumonie.

A l'autopsie, le larynx présente une tumeur située à sa face postérieure, du volume d'une noix, et obstruant complètement l'orifice supérieur. La tumeur avait évolué très lentement. On ne retrouve aucun engorgement ganglionnaire. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un néoplasme développé au niveau de l'épithélium de revêtement.

L'auteur appelle l'attention sur la rareté de ces néoplasmes extrinsèques, sur la lenteur de son évolution sans envahissement ganglionnaire, et enfin sur l'occlusion presque complète du larynx par une tumeur située à la face

postérieure de l'épiglotte. (*Echo méd.*, Toulouse, 8 mars 1902.)

Dr MERCIER BELLEVUE.

OREILLES

Paralysies faciales d'origine otique, par le Dr V. DELSAUX.

L'auteur étudie la pathogénie de la paralysie des muscles de la face, dans les diverses formes d'otites, catarrhales, simples ou suppurées, et le traitement à lui opposer dans chaque cas particulier. Quand il y a otorrhée chronique, M. Delsaux conseille d'abord les lavages répétés de la caisse et de la trompe, au moins deux fois par jour, si l'on veut arriver à une désinfection relative de l'oreille. L'eau oxygénée est, d'après lui, actuellement, l'agent de choix pour les lavages de la caisse par la trompe et pour le pansement des otites purulentes.

On s'adressera ensuite au traitement chirurgical, dont les médecins auristes peuvent revendiquer l'honneur d'avoir établi les indications. A ce propos l'auteur donne une liste, bien incomplète, d'ailleurs, des auteurs qui ont le plus contribué, à son avis, aux progrès de la chirurgie auriculaire.

Quand il y a paralysie faciale en même temps qu'otorrhée ancienne, M. Delsaux adopte sans réticence, et préconise ouvertement, en même temps que la cure radicale de l'otorrhée, que tout le monde fait, le procédé de Chipault, qui consiste en une véritable dissection anatomique du facial, depuis le trou stylo-mastoïdien jusqu'au seuil de l'aditus et, si c'est nécessaire, jusqu'au ganglion géniculé. Il laisse ensuite bourgeonner la cavité ainsi créée, et ne fait l'autoplastie qu'après cicatrisation complète des parois de cette cavité. (*Presse oto-laryngol. belge*, n° 1, janvier 1902.)

Dr BRINDEL.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. • N° 24. 14 JUIN 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

SUR UN CAS

DE

TUMEUR TUBERCULEUSE DE LA RÉGION POSTÉRIEURE

DE LA CLOISON DU NEZ[1]

Par le Dr MERCIER BELLEVUE.

L'histoire de la tuberculose nasale est de date relativement récente; ce n'est que depuis la découverte du bacille de Koch que le champ des investigations s'est élargi, et que l'on peut ranger dans la classe des affections tuberculeuses nombre d'altérations qui paraissaient en être complètement indépendantes, et que l'on classait à tort sous la rubrique de scrofule ou de syphilis. La muqueuse nasale n'échappe pas plus que toutes les autres à l'infection tuberculeuse, mais (le lupus étant écarté) on peut dire que cette localisation nasale est excessivement rare et même que la gomme ou tumeur tuberculeuse est une exception.

Willigk, sur 476 autopsies, n'a rencontré qu'un seul cas de tuberculose de la cloison du nez, Weichselbaum 2 cas sur 164. Les documents sur cette question sont peu nombreux; la plupart des traités, ouvrages ou articles spéciaux sur les affections du nez sont muets sur l'existence de la tuberculose (réserve faite du lupus), et aucun article des dictionnaires ne

1. Travail reçu le 3 mai 1902.

mentionne cette localisation. Fraenkel dit même n'avoir jamais vu d'ulcération tuberculeuse et n'en a trouvé qu'un seul cas dans la littérature médicale.

Willigk est le premier qui ait publié une observation de tuberculose nasale. En 1876, Laveran en citait deux des plus concluantes.

En 1878, Spillman en donne 3 cas dont 1 dans sa thèse d'agrégation.

En 1885, Beverley Robinson dit n'avoir jamais vu dans les fosses nasales antérieures ou postérieures une ulcération bien définie qu'il puisse appeler tuberculeuse : l'affection ulcéreuse siégeait dans le naso-pharynx, mais ne dépassait pas le bord libre du voile du palais.

Depuis la publication de ces premiers faits, on trouve éparses dans divers recueils des observations dues à différents auteurs ; parmi ceux-ci, il convient de citer les travaux de Schaeffer et de Vasse, en 1887. Après avoir mentionné 2 cas publiés l'un par M. Ruault, l'autre par M. Cartaz et l'article dû au professeur Moure, on aura rappelé tout l'historique de la question. En résumé, jusqu'en 1887 on compte 18 observations de lésions nasales tuberculeuses, dont 6 seulement de tumeurs. La plupart de ces lésions se présentent sous forme d'ulcères, mais la gomme ou tumeur tuberculeuse est la grande exception : la proportion est *à peu près* égale entre hommes et femmes, l'âge oscille entre quinze et soixante-trois ans. Il est bon de remarquer que presque tous les malades, sauf pour les cas de tumeurs, avaient une tare héréditaire et présentaient des lésions de tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée.

Les 6 observations publiées par Schaeffer et Vasse ont trait à la forme gommeuse de la tuberculose; dans tous les cas il s'est agi de véritables tumeurs ayant nécessité une intervention opératoire. Enfin deux des malades étaient atteints de phtisie, deux autres n'avaient aucune lésion, mais de mauvais antécédents héréditaires, les deux derniers étaient abso-

lument indemnes; chez aucun d'eux on ne trouvait trace de lupus ni sur la peau ni sur le nez.

En 1889, Kikusi, de Tubingen, rapporte 2 cas de tuberculose nasale; dans l'un il s'agit d'une ulcération ayant perforé le cartilage triangulaire, dans l'autre d'une tumeur tuberculeuse dont il ne put obtenir la guérison définitive.

En 1892, Hajeck, de Vienne, dans un article sur la tuberculose de la pituitaire, insiste sur l'extrême rareté de la forme primitive de la tumeur tuberculeuse. D'après lui, l'examen histologique et bactériologique est le côté faible du diagnostic; on ne trouve presque jamais ni tubercules ni bacilles, il faut un examen très minutieux pour découvrir des cellules géantes.

Vers la même époque Dionisio donne une observation de néoplasme tuberculeux circonscrit du septum.

La tuberculose nasale peut donc être considérée comme très rare, si on envisage surtout cette forme primitive où elle se manifeste par une tumeur plus ou moins volumineuse. La littérature médicale contient peu d'observations de ce genre, soit que les faits n'aient pas toujours été relatés, soit encore parce que l'examen histologique et bactériologique n'a pu venir en confirmer le diagnostic.

L'observation que nous publions a l'avantage de se rapporter à un cas de tumeur sur la nature de laquelle l'examen microscopique nous a parfaitement éclairé, et qui, on le verra, présente, au point de vue de l'évolution et de la localisation, plusieurs côtés intéressants.

Observation. — M^me^ D..., quarante ans, inscrite sur le registre de la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté (service du D^r^ Moure) sous le n° 21,297, demeurant à Lormont, où elle exerce la profession de jardinière, éprouve depuis longtemps une sensation de picotement dans le nez, mais surtout à gauche; elle ne mouche pas de pus et saigne très rarement.

Son père, âgé de soixante-seize ans, jouit d'une santé parfaite; sa mère est morte en couches. Ni frère ni sœur; n'a elle-même jamais été malade, mais depuis l'âge de quinze ans a souffert de

violentes névralgies qui ont disparu il y a deux ans seulement. Aucune affection bacillaire dans la famille; elle-même, robuste, n'a jamais rien eu du côté des voies respiratoires.

En octobre 1899, la malade a fait une fausse couche de trois mois, les suites furent normales et le rétablissement assez rapide. Vers la même époque, elle commença à éprouver des picotements dans le nez et se mit à expulser des croûtes jaunâtres, mais non fétides, chaque fois qu'elle se mouchait un peu fort.

Sur les conseils de son médecin, elle renifla des solutions d'eau boriquée ou de feuilles de noyer; chaque lavage était suivi de l'expulsion d'une grande croûte jaunâtre et de quelques mucosités; dans la journée la malade prisait une poudre qui déterminait, avec des éternuements, une hydrorrhée nasale assez abondante.

Après un an de ce traitement, l'état était toujours stationnaire, la malade mouchait chaque jour une croûte très longue, non fétide, qui parfois, après expulsion, était suivie d'une petite hémorragie.

C'est alors qu'elle vint à la clinique le 14 janvier 1902, se plaignant de douleurs vagues dans le nez. A l'examen objectif, on remarque une légère atrophie de la muqueuse du cornet inférieur et de la cloison qui présente çà et là de petits points blanchâtres et très adhérents. La ponction des sinus maxillaires reste négative. A l'entrée de la narine quelques croûtes jaunâtres sèches, mais non fétides; le diagnostic de coryza strumeux pseudo-atrophique est porté.

La malade fera deux fois par jour des pulvérisations mentholées et le soir, en se couchant, mettra à l'entrée du nez un peu de pommade au goudron. Le 4 mars, l'amélioration s'est accentuée, les démangeaisons ont disparu, mais les croûtes se reforment encore; le coryza pseudo-atrophique persiste toujours. Un nouvel examen permet de constater un peu de mieux, mais le speculum nasi introduit profondément fit découvrir à la partie postérieure de la cloison une tumeur du volume d'un petit pois, assez petite pour ne gêner en rien la respiration; elle offre, objectivement, une surface inégale, bosselée, molle, très rouge, et saignant au plus léger attouchement; au voisinage de la tumeur, la muqueuse nasale est congestionnée. L'ablation en est aussitôt pratiquée à l'anse froide, suivie d'une cautérisation au galvanocautère et la tumeur recueillie en vue d'un examen histologique. — Le 11 mars, la malade expulse toujours des croûtes jaunâtres, pâles, non fétides; le cornet inférieur est rouge, tomenteux, recouvert de

petites fongosités que l'on enlève à la curette tranchante. Le 14 mars, le mieux s'est accentué, la malade l'attribue au traitement qu'elle suit d'une façon méthodique, mais le cornet inférieur se modifie peu; si la muqueuse est moins rouge, moins tomenteuse que précédemment, le cornet se recouvre chaque jour d'une longue croûte jaunâtre que nous enlevons d'une seule pièce à l'aide d'une pince.

Le cornet inférieur est nettoyé et touché à la glycérine phéniquée. Le 18 mars, l'amélioration s'accentue; le cornet est moins rouge, saigne moins facilement, mais se recouvre toujours d'une croûte jaunâtre, mais non fétide. Le 25 mars, la narine n'est plus obstruée comme précédemment par des croûtes jaunes et desséchées; la respiration nasale s'effectue mieux, la muqueuse du cornet inférieur n'offre plus ces petites fongosités qui ont nécessité plusieurs curettages.

Un mois après l'intervention, la malade peut être considérée comme parfaitement guérie de sa tumeur. Au niveau de la région postérieure de la cloison du nez, la muqueuse a repris son aspect normal, point d'ulcère, point de perforation de la cloison; la région occupée primitivement par la tumeur est complètement cicatrisée, l'intervention a été faite assez largement pour espérer qu'il n'y aura pas de récidive.

L'*examen histologique* a porté sur une série de coupes ayant environ 8 millimètres de long sur 3 millimètres de large.

Le fond de la tumeur est constitué par du tissu lymphoïde assez dense, parcouru, plus particulièrement à ses extrémités, par des vaisseaux gorgés de globules rouges et présentant une paroi très nette de fibres musculaires lisses.

La caractéristique de ces coupes est d'offrir des formations tuberculeuses constituées par des follicules types comprenant au centre une cellule géante avec noyaux en couronne, entourés d'une zone plus ou moins considérable de cellules épithélioïdes. Il n'y a pas de zone de cellules lymphoïdes à proprement parler appartenant à chaque follicule, la périphérie de ceux-ci se confondant avec le fond adénoïde de la tumeur. On trouve, en outre, à l'une des extrémités de la

coupe, des bandes formées par des cellules plates polygonales rappelant le type pavimenteux, différant sensiblement des cellules épithélioïdes des follicules; ces cellules paraissent appartenir à la muqueuse sous-jacente.

En résumé, l'observation précédente concerne une malade atteinte d'une tumeur que l'examen histologique nous a démontré être de nature tuberculeuse; la recherche du bacille de Koch n'a pas été faite, mais la présence de follicules tuberculeux et de cellules géantes dans chacune des différentes coupes que nous avons examinées est une preuve certaine de la nature de la lésion. Nous avons donc affaire à cette forme primitive assez rare développée insidieusement chez une femme qui n'avait aucun antécédent héréditaire et dont l'état général est excellent : aucune altération bacillaire, rien autre chose qu'un coryza pseudo-atrophique, développé surtout dans la fosse nasale où siégeait le néoplasme.

Dans presque tous les cas de tumeur tuberculeuse, la lésion siège à la partie antérieure de la cloison du nez, débute sur le septum et gagne progressivement la région postérieure; ici, au contraire, le septum est intact et d'emblée, la tumeur occupe la région postérieure de la cloison du nez où elle a évolué d'une façon insidieuse, ne gênant en rien la malade qui vint à la clinique à cause de son coryza et non pour une lésion dont elle ne soupçonnait même pas l'existence.

Nous avons revu la malade le 24 avril, c'est-à-dire près de deux mois après l'intervention; la muqueuse qui recouvre la cloison du nez est complètement saine; pas la moindre trace d'ulcération ni de perforation; le cornet inférieur est à peu près normal, à peine quelques petites croûtes, plus de ces fongosités qui donnaient à la muqueuse cet aspect tomenteux, congestionné; la malade peut être considérée comme guérie, mais par prudence viendra dans un mois se faire examiner encore.

Revue le 15 mai, la malade dit aller fort bien, son état général est excellent; plus de gêne du côté du nez, pas le

moindre picotement, pas de pus, pas de croûtes quand elle mouche, plus de migraines, plus de céphalées; la muqueuse de la cloison et du cornet a repris son aspect normal.

Il y a près de trois mois que cette guérison se maintient; depuis l'intervention l'amélioration n'a cessé de se faire sentir, et, malgré une grossesse encore au début, la malade dit ne s'être jamais mieux portée.

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

CONGRÈS ANNUEL TENU SOUS LA PRÉSIDENCE DU Dr LERMOYEZ

(Suite et fin[1]*)*

Séance du 6 mai.

Présidence de M. Lermoyez, de Paris.

M. Jacques, de Nancy. — **Névropathie nasale et pseudo-sinusites.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Georges Laurens, de Paris. — **Résection cranienne pour ostéomyélite de l'écaille du temporal d'origine otique.**

M. Laurens présente deux malades auxquelles il a pratiqué de larges résections du crâne. La première a été montrée à la Société française de laryngologie il y a quatre ans et avait subi la résection de tout le frontal gauche pour sinusite avec vaste abcès extra-dural pré-frontal et ostéite de la table interne du sinus. La dure-mère avait donc été mise à nu sur une vaste surface et les battements encéphaliques ont été perceptibles à travers les téguments pendant plusieurs mois. Fait remarquable et qui a engagé M. Laurens à montrer à nouveau sa jeune malade : *un plan osseux s'est reconstitué, grâce à la propriété ostéogénique du périoste* et actuellement le cerveau est tout à fait protégé par une néoformation ostéo-dure-mérienne.

La seconde petite malade, âgée de douze ans, a présenté une ostéomyélite totale de l'écaille du temporal et de l'apophyse mas-

1. Voir nos 22 et 23, des 31 mai et 7 juin 1902.

toïde qui a nécessité une grande résection de paroi cranienne. Voici le cas clinique résumé. En juin 1901, au cours d'une otorrhée chronique droite datant de sept ans, brusquement à la suite de la rétention du pus dans la caisse, apparaissent : une céphalée temporale, avec frissons, vertige, délire; ces symptômes cérébraux persistent quelques jours et disparaissent à la suite de la réapparition de l'otorrhée. Quinze jours après le début des accidents, la fillette entre à l'hôpital, ne souffrant plus de la tête, il est vrai, mais avec un gonflement très marqué de toute la fosse temporale droite. L'apophyse était normale, la température était de 37° à 38°, le pouls marquait 120. Comme seul symptôme cérébral : une trépidation épileptoïde très nette à gauche.

M. Laurens porte le diagnostic d'abcès extra-dural d'origine otique et opère séance tenante la malade.

Dans un *premier temps opératoire :* trépanation de l'apophyse et de la caisse; toutes les cellules sont remplies d'un pus séreux, grumeleux, fétide et elles s'effritent à la curette. Le pus continuant à sourdre par le plafond de l'antre, un coup de gouge sur ce toit fait pénétrer dans l'endocrâne et laisse échapper un flot de liquide purulent, horriblement fétide, d'odeur gangréneuse, gazeux : la dure-mère sous-jacente, épaissie et jaunâtre, était atteinte de pachyméningite. On résèque alors le toit de l'aditus et de la caisse pour assurer un meilleur drainage. Néanmoins, comme le pus continue à couler sous pression, comme la fosse temporale présente une infiltration gélatiniforme, qu'il existe quelques symptômes de localisation, l'intervention est poussée plus loin.

Dans un *second temps opératoire :* taille d'un lambeau cutanéo-musculaire, à pédicule inférieur, embrassant toute l'écaille, et application d'une couronne de trépan sur la ligne de suture de l'écaille temporale avec le pariétal, à 2 centimètres environ au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. Issue d'un pus horriblement fétide provenant non seulement de l'espace extra-dural, mais encore des trabécules osseuses du diploé : l'os était extrêmement friable et nécrosé. Il s'agissait donc, en somme, d'une ostéomyélite de l'écaille avec vaste lac purulent extra-dural recouvrant tout le lobe temporal.

Comme suites opératoires, aucune réaction générale ni cérébrale. Mais, pendant dix à douze jours, la suppuration fut extraordinairement profuse : le pus était verdâtre, dégageait une odeur de sphacèle, s'écoulait en nappe et provenait à la fois du diploé qui constituait une véritable nappe et éponge purulente et de

l'espace épi-dural, on le voyait même sourdre à travers la suture pétro-squameuse, à travers les orifices de trépanation, le doigt refoulant le cerveau en déprimant la dure-mère faisait échapper une quantité abondante de liquide purulent; l'os devenait grisâtre et noir par place, se nécrosant. Un jour, enfin, arriva où une faible pression digitale mobilisa en masse toute l'écaille absolument nécrosée, son ablation s'imposait.

Dans une *troisième opération,* G. Laurens pratiqua la résection de cet os. Le lambeau cutanéo-périosté fut rabattu sur la joue; l'écaille était tellement mobile qu'il suffit de la soulever avec la rugine pour la détacher en totalité, elle constituait un véritable séquestre verdâtre. Les os voisins : frontal et pariétal, étaient atteints d'ostéite et leurs bords durent être réséqués à la pince-gouge. Tout le lobe temporal du cerveau apparut alors recouvert par une dure-mère, jaunâtre, épaissie, atteinte de pachyméningite. La fosse cérébrale antérieure constituait un grand clapier purulent rempli de pus et de fongosités qui durent être nettoyées.

Comme suites immédiates : la suppuration se tarit au bout de trois à quatre jours, la dure-mère bourgeonna rapidement et se recouvrit d'un tissu cicatriciel; le lambeau tégumentaire temporal, d'abord très rétracté, arriva par des tamponnements méthodiques à recouvrir la dure-mère sur la plus grande partie de son étendue.

Les *résultats éloignés,* c'est-à-dire dix mois après l'intervention, sont extrêmement intéressants, car cette énorme brèche osseuse tend à se combler : 1° des stalactites osseuses se détachent en quelque sorte des bords du frontal et du pariétal et rétrécissent les bords de l'orifice cranien; 2° le lambeau cutané présente dans son épaisseur une écaille osseuse qui le double en quelque sorte et dont les dimensions augmentent de jour en jour.

Ce cas est donc curieux à noter au double point de vue : 1° de la rareté de l'ostéomyélite totale de l'écaille du temporal; 2° de la régénération osseuse consécutive à la résection cranienne.

M. Texier, de Nantes. — **Sur un cas de corps étranger du larynx; trachéotomie, suture immédiate, guérison.**

A propos d'un cas de corps étranger du larynx ayant nécessité la trachéotomie, M. Texier vante les bienfaits de la suture immédiate des voies aériennes, qui, dans son cas, a donné les meilleurs résultats, l'enfant ayant été rapidement guéri de son intervention.

M. Luc. — L'inconvénient de la suture immédiate, c'est l'emphysème. Alors, je demande à M. Texier quelles sont les précautions qu'il prend pour éviter cette complication. Je me souviens que, dans un cas de ce genre, j'ai été, après l'opération, rappelé en hâte par l'infirmier, m'annonçant que le malade étouffait.

M. Chavasse, de Paris. — J'ai eu l'occasion d'intervenir, il y a une dizaine d'années, dans deux cas de sangsue implantée dans le larynx. Dans l'un des cas, j'ai dû pratiquer la laryngo-fissure et, après extirpation de l'annélide, j'ai simplement refermé la plaie opératoire, et les suites ont été excellentes.

Dans le second, chez un vieillard de soixante-quatorze ans environ, j'ai pu me borner à faire la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Mais, après l'expulsion de la sangsue par un simple lavage à l'eau salée, pratiqué de bas en haut, à travers cette plaie, j'ai cru devoir placer une canule et la laisser pendant quarante-huit heures; dans ce cas, j'ai vu se développer une broncho-pneumonie qui s'est, il est vrai, terminée par la guérison, mais que j'ai attribuée à la présence de cette canule. Je partage donc absolument l'opinion émise par M. Texier, c'est-à-dire que, dans les cas de laryngotomie ou de trachéotomie pour extraire des corps étrangers, il faut suturer la plaie laryngée ou trachéale.

M. Molinié, de Marseille. — J'ai opéré une fillette de douze ans pour un cas de corps étranger de la trachée. Il s'agissait d'une longue épingle, à tête noire, siégeant au niveau de la bifurcation de la trachée. L'incision trachéale, très longue, permit d'enlever cette épingle au moyen d'une pince. La suture de la trachée fut faite. Le lendemain, il y eut une broncho-pneumonie, et trente-six heures après survenait un emphysème qui progressa d'une façon extrêmement rapide.

M. Lavrand. — Nous nous rappelons un cas de corps étranger que l'on pourrait rapprocher de celui de M. Texier : un enfant laisse un grain de chapelet pénétrer dans les voies respiratoires. Nous le voyons, au bout de deux jours, avec accès de suffocation intermittents. La trachéotomie est pratiquée, mais par aucun moyen nous ne pouvons faire sortir le corps étranger. Deux points de suture fixent la peau à la trachée, et on applique un pansement occlusif. Le troisième jour, survient un accès de suffocation. L'infirmier enlève le pansement, écarte les lèvres de la plaie en nous attendant. Le grain, fixé entre la plaie et les cordes, est extrait après quelques tâtonnements, puis les points de suture sont enlevés et un pansement occlusif mis en place. Guérison en peu de jours sans accident; ni fièvre ni broncho-pneumonie, ce que nous croyons pouvoir attribuer à l'absence de canule trachéale.

M. Moure. — L'existence de l'emphysème peut ne pas tenir simplement au fait de ne pas avoir mis de canule; tout le monde sait, en effet, qu'à la suite d'une simple trachéotomie, ce phénomène peut s'observer; il résulte souvent de ce que l'incision trachéale ne correspond pas exactement à celle des tissus qui sont situés au-devant d'elle, ou bien de ce que

la trachée a été trop largement ouverte et que l'air continue à passer entre la canule et les tissus péri-trachéaux.

Dans le fait que nous a rapporté M. Molinié, il peut se faire que les manœuvres un peu longues qu'a exigées son opération aient été la cause de cet emphysème grave.

Pour éviter cet accident, dans les cas de suture immédiate des voies aériennes, il suffit de laisser à la partie inférieure une portion de la plaie cutanée non suturée. Si de l'air vient à filtrer, il peut très aisément passer entre les lèvres de l'incision simplement rapprochées. L'emphysème, du reste, ne se produit que pendant les efforts de vomissements ou de toux qui suivent l'opération.

Je n'ai jamais observé qu'un emphysème très modéré non inquiétant dans les cas opérés par le procédé de suture immédiate, la partie de la plaie externe non suturée s'agglutine, du reste, très rapidement, et, vingt-quatre heures après, la réunion par première intention est faite, tout comme si on avait passé des points de suture. Je considère donc que ce procédé de réunion immédiate constitue un progrès sérieux dans la thérapeutique des corps étrangers des voies aériennes, même dans certains cas de thyrotomie.

M. Texier. — Pour répondre à M. Luc, je dirai qu'il suffit de faire sauter un ou deux points de suture à la partie inférieure de la plaie pour faire disparaître l'emphysème momentané, toujours peu important.

J'estime que la méthode que je préconise est celle avec laquelle les complications broncho-pulmonaires sont le moins à redouter. Je suis donc partisan de la suture immédiate et repousse l'emploi de la canule.

M. Vacher, d'Orléans. — **Note sur l'ablation des amygdales enchatonnées chez l'adulte.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Escat, de Toulouse. — **Sur un procédé d'extirpation des amygdales enchatonnées.**

M. Escat montre un instrument avec lequel on peut aller, jusque dans la profondeur de la loge amygdalienne, enlever les amygdales hypertrophiées, quels que soient leur volume et la manière dont elles sont adhérentes.

M. Mahu, de Paris. — **Morcellement des amygdales chez l'adulte.**

A propos de sa communication sur ce sujet, M. Mahu présente un instrument très ingénieux, destiné, une fois les petites parcelles d'amygdales saisies, à les sectionner à l'aide d'un couteau tournant, qui vient pratiquer la section immédiatement autour du point enserré par l'instrument.

M. Raoult, de Nancy. — **Instrument pour le morcellement et l'évidement des amygdales.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Ruault, de Paris. — **Note sur la technique du morcellement des amygdales.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Ruault réclame la paternité de la méthode. Toutes les modifications dont on vient de parler ne s'écartent pas beaucoup du procédé qu'il a très recommandé depuis déjà bien des années.

Quant à l'instrument présenté par M. Vacher, il ressemble fort à celui d'un confrère italien dont l'image a été publiée dans les *Archives italiennes de Masseï* il y a déjà quelques années.

M. Mahu. — Je m'empresse de reconnaître que M. Ruault est le père de la méthode, et que son instrument répond le plus ordinairement à ce que nous attendons de lui. Les modifications que nous avons fait subir à sa pince s'adressent à des cas particuliers.

M. Chavasse. — M. Ruault a rendu un très grand service en introduisant le morcellement dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales. J'ai appliqué exclusivement ce procédé depuis trois ans chez l'adulte sans avoir eu à enregistrer aucune hémorragie immédiate ou consécutive ni un accident quelconque. Je m'en suis tenu à la pince de M. Ruault, que j'ai fait un peu modifier par M. Mathieu pour qu'elle s'adapte d'une manière plus plus adéquate, si je puis m'exprimer ainsi, à la disposition anatomique de la région. Dans le modèle de M. Ruault, le mors le plus large de la pince est le supérieur. Or la loge amygdalienne est la plus étroite en haut, par suite du rapprochement des piliers. Il en résulte que la préhension de l'amygdale est rendue difficile, parfois même presque impossible si elle est un peu enchatonnée. J'étais presque sur le point, pour ces raisons, de renoncer au morcellement, et cela à mon grand regret, lorsque j'ai eu la pensée de faire fabriquer une pince avec le mors le plus large en bas. Depuis lors, nos interventions ont pu se faire sans aucune difficulté. A' mon avis, pour l'adulte, dont les amygdales présentent souvent des tractus fibreux très résistants, il faut des mors solides et qui tranchent bien les tissus. Lorsque les tractus fibreux résistent, au lieu de procéder par arrachement ou torsion, ce qui cause alors au sujet des douleurs parfois vives (ce sont même les seules douleurs notables produites par l'opération), je préfère les sectionner tout contre les mors de la pince avec de grands ciseaux courbes, semblables à ceux qui servent pour certaines interventions sur le col de l'utérus.

M. Vacher. — M. Ruault a parlé d'un instrument, imaginé par un confrère italien, qui aurait une grande analogie avec le mien. Je ne connais pas cette pince; toujours est-il que l'instrument dont M. Ruault a fait voir la planche ne ressemble pas à celui que j'emploie. Loin de moi la pensée de m'attribuer une paternité qui ne m'appartient pas.

Séance du 7 mai

Présidence de M. Lermoyez.

M. Mounier, de Paris. — **Fausse otite suppurée par ganglions du cou ouverts dans le conduit.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Gellé père. — Dans le fait intéressant rapporté par notre collègue, l'examen du conduit auditif, la sortie du pus par un orifice en vue sur la paroi inférieure rendait indiscutable le diagnostic de l'origine de l'otorrhée, aussi bien qu'évidente la succession de la suppuration à l'adénite aiguë. Les deux accidents, otite et adénite, pouvant, d'autre part, coïncider, l'examen de l'oreille s'imposait et a fait la lumière.

Il n'est pas toujours aussi facile de conclure quand on a affaire à une affection à son début ; lorsque les signes de l'engagement ganglionnaire sont peu marqués, lorsque cet engagement s'étend à plusieurs ganglions le long de la gaine des vaisseaux du cou, lorsque la douleur a son maximum au niveau de la pointe même de l'apophyse. A ces symptômes, il peut s'ajouter, ainsi que je l'ai constaté, un torticolis et un léger trouble de l'ouïe du même côté.

Mais avec de l'attention, on s'apercevra que la pression est surtout douloureuse bien en avant et au-dessous de la pointe mastoïdienne, assez profondément, le long du faisceau vasculaire où l'on trouve quelques ganglions, également très douloureux, échelonnés sous le sterno-mastoïdien. L'inspection de l'oreille est, en outre, négative. J'ai vu cependant dans un cas cet engagement ganglionnaire, ne présentant aucun trouble objectif ou subjectif du côté de l'oreille, se terminer fatalement chez une fillette de onze ans qui mourut de méningite.

M. Hamon du Fougeray, du Mans. — **Des gazes à la quinoline naphtolée dans le traitement des otites moyennes purulentes.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Delie, d'Ypres. — **Application des produits paraffinés dans les déformations et les affections du nez.** (Voir *Revue*, n° 22, 31 mai 1902.)

M. Brindel, de Bordeaux. — **Nouveau mode de traitement du coryza atrophique ozénateux par les injections interstitielles de paraffine.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Gellé père. — L'originalité du traitement indiqué par M. Brindel et ses succès dans une affection aussi rebelle ne peuvent nous faire oublier la possibilité de complication par infection (phlébite, thrombose) puisque l'injection se fait en réalité dans un tissu très vasculaire, et notre collègue nous a cité deux faits où il a observé une phlébite de la faciale.

Il eût été étonnant qu'il en fût autrement dans de telles conditions. Je suppose cependant que les phénomènes infectieux pourront être évités par une asepsie stricte et en opérant par doses moins massives de paraffine.

Nous devons savoir gré à M. Brindel de nous avoir communiqué toutes les pièces du procès, aussi bien les faits plaidant en faveur de sa méthode, que ceux qui pourraient nous en éloigner.

M. Brindel. — Les injections ont été faites avec toute l'asepsie désirable. J'ai cru pouvoir attribuer les accidents de phlébite à la trop grande quantité de paraffine injectée en une seule fois dans la tête du cornet. Aussi, depuis mes premiers essais, ai-je modifié ma technique : actuellement, en une première séance, je me contente de reconstituer la partie postérieure des deux cornets inférieurs; pour ce faire, 2 à 3 centimètres cubes de paraffine me sont suffisants; dans une deuxième séance, je refais la tête de ces cornets par une nouvelle injection de 1 à 2 centimètres cubes. Depuis ce jour, je n'ai plus eu à enregistrer le moindre inconvénient. J'ajoute que la phlébite est totalement disparue à l'heure actuelle et qu'il ne reste plus trace de cordon phlébitique ni de tuméfaction de la joue.

M. Bar, de Nice. — **Contribution à l'étude de l'otite moyenne aiguë d'origine diabétique. Abcès mastoïdien. chez un diabétique. Diminution de la glycosurie. Réparation des tissus. Guérison.**

L'auteur rapporte plusieurs cas d'otite chez des diabétiques âgés de soixante à soixante-quinze ans, dont deux d'entre eux ont guéri par des trépanations mastoïdiennes.

Une de ces observations se rapporte à un homme de soixante-cinq ans, dont la mastoïdite occasionna une fistule dans le conduit auditif externe, à la région des cellules antérieures, qui par ses trois points d'ouverture put faire croire à un abcès furonculeux spontanément ouvert. Bientôt une mastoïdite classique nécessita une intervention dont le résultat fut la guérison complète.

Un autre cas est celui, non moins intéressant, d'une dame de soixante-treize ans, opérée presque *in extremis* pour un abcès mastoïdien énorme. Le jour même de l'opération, le sucre tomba de 60 à 20 grammes, et disparut totalement dans le cours des semaines suivantes. La malade guérit parfaitement, et, malgré le sucre et l'état impotent dans lequel elle était, elle fut opérée sous narcose chloroformique et n'eut aucun état comateux, malgré son diabète constant et grave.

Il faut se méfier des anesthésiques généraux (éther, chloroforme) qui, par toxicité, provoquent souvent alors le coma.

M. Chavasse, de Paris. — **Tumeur fibreuse du pavillon de l'oreille.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Mouret, de Montpellier. — **Rapports de l'apophyse unciforme avec les cellules ethmoïdales et le méat moyen.**

M. Mouret communique ses recherches anatomiques sur l'apophyse unciforme. L'extrémité supérieure de l'apophyse ne se détache pas toujours de la face profonde de l'agger nasi; elle remonte très souvent plus haut, ménageant entre elle-même et l'agger nasi et la lame des cornets un diverticule plus ou moins grand, qui n'est autre chose que la cellule ethmoïdale que l'auteur a, dans ses précédentes publications, appelée *pré-infundibulaire,* par l'intermédiaire de laquelle le sinus frontal s'ouvre assez souvent dans le méat moyen.

L'extrémité inférieure présente des rapports assez bien connus avec le cornet inférieur, le palatin et le maxillaire supérieur; elle contribue à fermer le large hiatus de l'os maxillaire. Lorsque cette extrémité reste peu développée et ne va pas jusqu'au palatin, il en résulte une minceur extrême de la paroi sinusienne à ce niveau, qui peut même se transformer en un trou *très large,* orifice *accessoire* du sinus maxillaire.

Le corps de l'apophyse, plus ou moins large suivant les sujets, peut parfois simuler une tumeur proéminant dans le méat moyen. Cette saillie peut cacher la gouttière de l'infundibulum et masquer l'orifice du sinus maxillaire; elle peut être prise pour la bulle ethmoïdale. Elle est due soit à une luxation en masse de l'apophyse dans le méat moyen, soit à une éversion du bord postérieur de l'apophyse, soit à la transformation de la lame unciforme en une vésicule osseuse dans laquelle est accusé un diverticule de la gouttière de l'infundibulum.

Le rhinologiste doit être prévenu de ces dispositions possibles pour pouvoir bien s'orienter dans l'inspection du méat moyen.

M. Massier, de Nice. — **Accidents méningitiques d'origine otique simulant un abcès du cerveau. Evidement pétro-mastoïdien. Guérison.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Lermoyez. — M. Massier a-t-il fait la ponction lombaire?

M. Massier. — Non, je suis arrivé un peu tard pour cela, mais j'estime qu'en pareille circonstance il faut pratiquer cette ponction.

M. Chavasse. — Je n'ai pas d'expérience personnelle sur la ponction lombaire dans les complications cérébrales des affections auriculaires. C'est surtout à l'étranger qu'on s'est occupé de la question. Au point de vue thérapeutique les résultats ne doivent pas être bien brillants.

M. Lermoyez. — L'étude des accidents encéphaliques d'origine otique guéris par une intervention sur l'oreille (trépanation ou évidement mastoïdien), sans pénétrer dans le crâne, est pleine d'intérêt. Les faits de ce genre étiquetés en bloc « accidents méningitiformes » peuvent se diviser en plusieurs catégories.

1° Un certain nombre d'accidents, dits cérébraux, ne sont que les symptômes d'une labyrinthite suppurée ; ils cessent dès qu'un large évidement permet à la fistule labyrinthique de déverser aisément au dehors le pus qu'elle produit.

2° Quelquefois (fait de Gradenigo), on a affaire à de vraies lepto-méningites suppurées dont le diagnostic est vérifié par des ponctions lombaires qui ramènent du liquide purulent. Il n'y a rien d'étonnant à ce que le seul drainage du foyer auriculaire guérisse la méningite, surtout si l'on y adjoint les ponctions lombaires et les bains chauds. On sait, en effet, que ces deux derniers moyens suffisent assez souvent pour guérir les méningites cérébro-spinales purulentes aiguës, indépendantes d'affection auriculaire.

3° Enfin, dans certains cas où les accidents sont nettement encéphaliques et non labyrinthiques (diagnostic différentiel pas toujours possible) et où la ponction lombaire ne donne pas de pus, on peut admettre avec quelques auteurs allemands que l'infection, ayant l'oreille pour point de départ, se propage aux parties voisines et détermine une encéphalite aiguë du lobe temporal. Cette encéphalite est susceptible de se résoudre (comme une lympho-cellulite banale) sans suppuration dès qu'on a ouvert le foyer auriculaire qui l'a produite.

M. Vacher, d'Orléans. — Note sur l'emploi du chlorure d'éthyle.

M. Moure. — Je n'ai pas d'expérience personnelle au sujet de l'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique, étant donné que j'opère la plupart du temps sans anesthésie. Toutefois, les essais faits soit à ma clinique, soit dans certaines cliniques chirurgicales de la Faculté de Bordeaux, avec cet anesthésique pur, n'ont pas donné de résultats satisfaisants; souvent, le malade ne dormait pas et, dans tous les cas, on n'évitait pas la contracture.

Par contre, le Dr Rolland, de Bordeaux, a proposé, sous le nom de *somnoforme*, l'emploi d'un anesthésique composé de chlorure de méthyle, de chlorure d'éthyle et de bromure d'éthyle, qui me paraît avoir des avantages sérieux au point de vue de la narcose. On peut même, grâce à cet anesthésique, soumettre le malade à une anesthésie prolongée,

puisque, dans le service de M. le professeur agrégé Pousson, ce dernier a fait une néphrectomie à l'aide de ce mélange.

M. Malherbe, de Paris. — **Note d'après six cents observations sur l'anesthésie par le chlorure d'éthyle.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Lermoyez. — La question de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle est encore trop neuve pour que nous puissions porter un jugement définitif sur la valeur de cet agent ; pour ma part, je ne puis, comme MM. Vacher et Malherbe, chanter ses louanges.

Depuis le commencement de l'année, je l'ai utilisé une cinquantaine de fois, surtout pour opérer des enfants atteints de végétations adénoïdes ou d'amygdales volumineuses. Et j'ai été frappé des inconvénients suivants :

Le chlorure d'éthyle produit dès le début une excitation plus marquée que celle amenée par le bromure d'éthyle.

Chez deux enfants, j'ai observé des phénomènes de cyanose si graves que j'ai craint de perdre mes petits malades avant toute intervention ; or, sur plusieurs milliers de bromethylisations faites dans les mêmes conditions, je n'ai jamais eu une alerte respiratoire aussi vive.

Le trismus des mâchoires est souvent très violent, et s'accompagne parfois de trismus du larynx ; les opérations sur la gorge sans ouvre-bouche ne sont guère plus faciles qu'avec le bromethyle, peut-être même moins.

Enfin, le réveil des enfants chloréthylés est extrêmement brusque, presque instantané, se faisant parfois inopinément au beau milieu de l'opération. L'on n'a jamais, avec cet agent, le réveil progressif du bromethyle, suivie d'une période d'hébétude pendant laquelle l'enfant le moins docile se prête sans difficulté à l'examen terminal ou au parachèvement du nettoyage des parties sanglantes.

Il va sans dire que la comparaison que je fais entre le chloréthyle et le bromethyle porte uniquement sur leur emploi sur les opérations pharyngées et buccales pratiquées chez les enfants dans la *position assise*, qui convient le mieux au maniement de nos adénotomes.

M. Vacher, d'Orléans. — Dans ma communication j'ai parlé du Dr Rolland, qui administre le chlorure d'éthyle avec une compresse roulée en cornet et coiffée d'une feuille de papier. Moi je me sers de ce cornet entouré de taffetas imperméable.

Je suis tout disposé à reconnaître que le réveil avec le chloréthyle est trop rapide, mais dans bien des circonstances ce n'est pas un défaut. En terminant, j'insiste sur les avantages du chlorure pour le début des anesthésies au chloroforme, je l'ai toujours vu procurer en moins de cinq minutes une anesthésie complète et définitive, sans période d'excitation et sans phénomènes d'inhibition bulbaire.

M. Malherbe. — Je crois que les divergences d'opinion formulées tiennent surtout à la façon d'administrer le chloréthyle. Il est mauvais d'em-

ployer le masque, il faut se servir de la compresse en suivant la technique que j'ai indiquée dans ma communication au dernier Congrès de chirurgie.

J'ai toujours obtenu par ce procédé une anesthésie rapide et complète. Je ne pense pas que la position assise ou couchée du malade ait une grande importance au point de vue de la narcose. Quant à moi, j'endors toujours dans la position couchée, et place la tête basse toutes les fois que j'opère sur les voies respiratoires supérieures.

Avec le chlorure d'éthyle je n'ai pas de cyanose et l'anesthésie dure suffisamment pour me permettre avec une seule dose d'enlever les végétations adénoïdes et les amygdales en une séance.

MM. Jacques, de Nancy, et G. Bertemès, de Charleville. — **Traitement opératoire des kystes paradentaires antérieurs du maxillaire supérieur.**

Nous apportons deux observations nouvelles à l'appui du procédé opératoire des tumeurs kystiques paradentaires développées dans le maxillaire supérieur, que l'un de nous a préconisé dans un travail antérieur (Contribution à l'étude des kystes du maxillaire supérieur, *Rev. hebdom. de laryngol.*, 17 et 24 mars 1900), et que notre élève et ami le Dr Scharff a récemment décrit sous le nom de procédé bucco-nasal dans sa thèse inaugurale.

Le côté original de cette méthode consiste dans la suppression immédiate de la cavité osseuse résultant de l'extirpation de la poche kystique par résection de la cloison qui l'isole du sinus maxillaire et suture de la muqueuse buccale. La loge du kyste, au lieu d'être maintenue en communication avec la bouche et traitée par voie buccale jusqu'à oblitération (?) ou épidermisation, est rattachée aux cavités nasales sur le domaine desquelles elle avait empiété, et séparée définitivement de la bouche par réunion immédiate de l'incision opératoire. Les avantages qui résultent de cette nouvelle manière de faire consistent essentiellement dans une guérison beaucoup plus rapide — elle est complète en deux ou trois semaines — et beaucoup plus simple, puisqu'elle n'exige aucun pansement consécutif. Elle est au kyste paradentaire ce que le procédé de Caldwell-Luc est aux sinusites maxillaires.

Nos observations visent une catégorie particulière des tumeurs en question : celle des kystes développés aux dépens des racines, des canines ou des incisives. Ici la tumeur, abstraction faite de la proéminence variable qu'elle fait sous la joue dans le vestibule de la bouche et éventuellement à la voûte palatine dans la cavité buccale proprement dite, évolue vers en haut en refoulant le plancher nasal et n'intéresse que très peu le sinus maxillaire. Il

nous a paru que dans des cas pareils il était opportun et rationnel de laisser de côté le sinus et d'aboucher directement la loge osseuse désinfectée dans la cavité nasale principale. Les résultats tout à fait satisfaisants obtenus dans nos deux cas, concernant un homme de trente-neuf ans et une femme de vingt-trois, sont venus justifier cette manière de voir.

M. Raoult. — Je tiens à rappeler que dernièrement j'ai rapporté, dans les *Annales des maladies de l'oreille*, trois cas de kyste dentaire. Le premier et le second cas, opérés en 1898 et 1899, furent ouverts par la voie buccale, puis je fis une contre-ouverture nasale et refermai l'ouverture buccale. L'idée m'était venue d'agir ainsi en pensant aux bons résultats obtenus pour la sinusite maxillaire par la méthode de Luc.

Je dois ajouter qu'il est des cas, lorsque l'alvéole est nécrosée, quand le kyste paradentaire est infecté, où il vaut mieux peut-être attendre la désinfection de ce dernier avant de faire la communication nasale. Infecter le sinus maxillaire en établissant la communication d'emblée serait peut-être téméraire.

M. Jacques. — Ce que j'ai été amené à faire dans divers cas de kystes paradentaires du maxillaire supérieur ayant refoulé le sinus découlait, en effet, directement de l'opération radicale de l'empyème hyghmorien, d'après Luc. Rien n'ayant été publié dans ce sens, j'ai cru utile d'attirer l'attention, il y a deux ans, sur cette heureuse modification du traitement classique, si pénible et si prolongé.

En ce qui concerne les dangers d'infection du sinus maxillaire dans les cas d'altérations osseuses profondes, j'estime qu'il y a plutôt avantage à explorer *de visu* la cavité sinusienne dont la muqueuse est, il me semble, dans ces circonstances, toujours plus ou moins infectée. Exceptionnels sont les faits où, indépendamment de la syphilis, il existe des séquestres trop étendus pour permettre un nettoyage immédiat suffisant.

M. Texier, de Nantes. — **Contribution à l'étude du diagnostic des lésions de la partie moyenne des fosses nasales.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Jacques, de Nancy. — Je suis heureux de pouvoir confirmer les assertions de M. Texier relativement aux facilités que fournit le spéculum de Killian dans l'exploration des récessus profonds des cavités nasales. J'ai pu, grâce à lui, explorer un ethmoïde enfoui au sein de végétations polypoïdes du méat moyen.

Son application est aisée et indolore surtout, après l'application d'un mélange de cocaïne et d'adrénaline. J'approuve complètement la modification apportée par notre collègue, elle permet de maintenir fixement et sans fatigue l'écartement obtenu, avantage appréciable pour les opérations de quelque durée sur le sphénoïde.

M. Joncheray, d'Angers. — **Otite moyenne hémorragique.**

Sous ce titre, le Dr Joncheray, d'Angers, rapporte l'histoire d'un malade qui, sans cause apparente, en l'espace de quelques heures, fut pris de surdité unilatérale, vertiges, vomissements, perte de l'équilibre, prostration, comme dans une maladie de Ménière. Douleurs peu intenses; pas traces d'inflammation. Le tympan bombait énormément dans le conduit, et ne cédait pas à la forte pression d'un épanchement sanguin dans les cavités de l'oreille moyenne.

Double paracentèse, qui amena du sang à peine coagulé et une détente immédiate. Suites très simples, sans infection secondaire. Cicatrisation et guérison en quelques jours. *Restitutio ad integrum.*

L'auteur analyse ce fait et envisage les diverses hypothèses causales auxquelles il peut faire songer. Il penche pour du paludisme (le malade venait du Sud Algérien).

M. Collinet, de Paris. — **Sur un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral. Ligature de la jugulaire. Curettage du sinus. Guérison.**

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans ayant eu une otite moyenne suppurée à la suite de laquelle il fit une mastoïdite, malgré une large paracentèse du tympan. Les symptômes de mastoïdite se développèrent assez sournoisement sans grande fièvre cinq semaines environ après le début de l'otite. Une large ouverture de l'antre et un évidement de la pointe ne suffirent pas à faire tomber la température qui, malgré l'intervention, resta aux environs de 38°. Le quatrième jour après l'opération, grand frisson avec 40°3; le lendemain, mêmes symptômes. La brèche osseuse est alors agrandie et montre la dure-mère intacte, mais le sinus sans battement. Une ponction ne donne pas issue au sang et une incision montre le sinus plein de caillots. Séance tenante, ligature et résection de la jugulaire sur une étendue de 2 centimètres environ; ouverture large du sinus, qui est curetté du côté de la fosse jugulaire, puis dans la direction du pressoir d'Hérophile, on enlève des caillots noirâtres jusqu'à ce qu'un jet de sang apparaisse. Tamponnement de la cavité veineuse et de la plaie. Le lendemain, la température tombe à 37°4, et la guérison survint assez rapidement. Cicatrisation en deux mois environ. La phlébite semble avoir été causée par une petite fongosité infectée qui arrivait au contact de la paroi du sinus. Ce beau résultat doit être attribué à la rapidité de l'intervention.

M. Lermoyez. — M. Collinet pense-t-il avoir eu affaire à une thrombophlébite par continuité ou par contiguïté?

M. Collinet. — Il est assez difficile de préciser la pathogénie de mon cas, mais je suis porté à croire que l'infection du sinus s'est faite par contiguïté, à cause de la présence d'une petite fongosité au voisinage du sinus dont la paroi était, du reste, intacte. Le malade n'a pas eu de phlébite des veines mastoïdiennes.

M. Mahu, de Paris. — **Pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien.**

Travail se rapportant à cent cas pansés régulièrement depuis cinq ans par l'auteur, qui attire particulièrement l'attention de la Société sur les points suivants :

1° Importance de conserver intégralement la forme primitive de la cavité opératoire une fois qu'on a obtenu l'épidermisation, (présentation à l'appui de moulages sur nature d'opérés guéris depuis plusieurs années);

2° Durée des pansements : trois mois en moyenne;

3° Tamponnement méthodique de la cavité jusqu'à épidermisation suffisante; répression des bourgeons charnus exubérants; débridement des fistules;

4° Inutilité, dans la plupart des cas, de la suture postérieure immédiate. Avantages de la fermeture progressive de l'orifice au cours des pansements.

M. Raoult, de Nancy. — **Phlegmon de la fosse temporale externe d'origine otique.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Chavasse, de Paris. — Dans les phlegmons de la fosse temporale compliquant les otites moyennes aiguës, il faut se méfier d'une altération du temporal. J'ai eu, à ce sujet, l'occasion d'observer deux cas intéressants. Dans l'un, le pus avait fait issue à travers la zone criblée rétro-méatique. Dans l'autre, je n'avais pu apercevoir de lésion osseuse au fond de l'incision faite au-dessus du conduit deux jours après; l'instillation d'eau oxygénée dans le conduit fit sourdre quelques bulles de gaz oxygène par l'incision, montrant ainsi l'existence d'une lésion du temporal communiquant avec la caisse.

M. Escat, de Toulouse. — **Hémorragie grave de l'amygdale arrêtée par suture des piliers.**

M. Collinet demande à M. Escat si son malade était hémophilique, et estime que, dans l'affirmative, les piqûres d'aiguille seraient une nouvelle source d'hémorragies.

M. Joncheray, d'Angers. — J'emploie habituellement, après le morcellement des amygdales des badigeonnages à l'eau oxygénée. Et, si l'amygdale continue à saigner, je pulvérise du glutol (mélange de gélatine et de formol). Ce procédé m'a jusqu'à présent bien réussi dans les hémorragies modérées, en nappe.

M. Escat sait que son malade était sujet à des saignements de nez, sans pouvoir conclure à de l'hémophilie. L'hémorragie était assez abondante; sur le bord du pilier antérieur il y avait un jet artériel.

M. Chevalier, du Mans. — **Une observation de fibro-myxome volumineux du naso-pharynx.**

Cette tumeur du naso-pharynx s'était développée chez un jeune garçon de seize à dix-sept ans; elle était dure, volumineuse, atteignait le volume d'un petit œuf de poule et proéminait derrière le voile du palais; un prolongement envahissait la fosse nasale droite; la fosse nasale gauche était entièrement obstruée par le fibro-myxome, lequel s'implantait au pourtour de la choane gauche, dans sa partie inférieure. Le malade avait des hémorragies très fréquentes, mais peu abondantes.

Le diagnostic, dans ces cas, n'est pas toujours facile; il pouvait s'agir d'un fibrome naso-pharyngien, d'autant plus que le sujet était à l'âge des *fibromes,* et avait de fréquents saignements de nez; il pouvait s'agir d'un gros polype muqueux des fosses nasales plongeant dans le cavum; il pouvait, enfin, s'agir d'un kyste volumineux du naso-pharynx développé aux dépens des sillons cryptiques latéraux ou de la bourse pharyngée. Les symptômes cliniques permettaient cependant de conclure en faveur du fibro-myxome.

Le traitement de ces tumeurs volumineuses présente parfois de réelles difficultés; dans le cas particulier de l'étroitesse de la fosse nasale gauche, son obstruction par un cornet hypertrophié nécessita au préalable une turbinotomie antérieure; la section du pédicule, après plusieurs tentatives, fut faite à l'aide de l'anse chaude, et introduite par la voie nasale. Une hémorragie abondante consécutive nécessita immédiatement un tamponnement antérieur et postérieur.

L'examen histologique démontre qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne du naso-pharynx, d'un fibro-myxome, les éléments fibreux de la tumeur étaient surtout tassés, condensés au niveau du pédicule.

M. Charles, de Gronoble. — **Pemphigus des muqueuses. Forme aiguë et forme chronique récidivante.** (Sera publié *in extenso.*)

M. Charles cite plusieurs observations de pemphigus chronique des muqueuses, affection qui n'est pas souvent citée. L'auteur croit que la raison n'en réside pas seulement dans sa rareté, mais surtout parce qu'elle est peu connue.

C'est pour appeler l'attention de ses confrères spécialistes que M. Charles croit utile de faire suivre ses observations d'une petite description de l'affection. Plus connu, le pemphigus des muqueuses sera peut-être moins rare. Bulle, plaque consécutive pouvant simuler la fausse membrane, complication par adhérence, etc.

M. Castex, de Paris. — **Débuts de la surdité.**

Il y a des indices assez caractéristiques qui annoncent le début des surdités. Chez l'enfant, on croit souvent à de la distraction, quand c'est l'oreille qui entend mal. Le fait d'écouter l'interlocuteur en le regardant obliquement peut mettre sur la voie du diagnostic.

Chez l'adulte, l'habitude de faire répéter une question ou un ordre donné est signifîcative. C'est au théâtre que quelques sourds ont découvert leur infirmité parce qu'ils sont obligés de s'approcher de plus en plus du premier rang de l'orchestre, ou parce qu'ils perçoivent mieux la musique que les paroles. Pour d'autres, c'est l'impossibilité de suivre une conversation générale. La voyelle *ou* est la première dont on perd la perception. Certains malades atteints de sclérose tympanique entendent bien au téléphone parce qu'il y a contact avec les récepteurs.

La voix des sourds peut être un indice. Les scléreux de l'oreille interne parlent haut, et ceux de l'oreille moyenne éteignent leur voix parce qu'elle retentit exagérément dans leur caisse. L'otocophose (fatigue de l'oreille) est un autre signe du début; l'ouïe baisse rapidement pour reparaître après quelques instants de silence.

Chez les vieillards, parfois la presbyacousie peut les faire entendre mieux de loin que de près, ou bien ils perçoivent mieux la voix chuchotée que la voix haute, sans doute parce que l'organe affaibli perd l'agilité d'accommodation et de perception. Trop de sonorité le trouble dans son fonctionnement ralenti.

M. Lannois, de Lyon. — **L'audition dans l'atrésie congénitale de l'oreille.** (Sera publié *in extenso*.)

M. Piaget, de Grenoble. — 1° **Corps étranger ayant séjourné deux mois dans l'œsophage;** 2° **Un cas de sténose de la trachée.**

Présentation d'instruments :

M. Collin, de Paris, présente :

1° *Écarteur de la joue* du Dr G. A. Weill. — Sans masquer aucune partie, cet instrument écarte au maximum la joue jusqu'au sillon rétromolaire, tout en permettant aux instruments l'accès de la région alvéolaire. Il facilite beaucoup la cure radicale de la sinusite maxillaire (ouverture de la fosse canine).

2° *Rabot pour abraser les crêtes de la cloison nasale et les déviations angulaires* (modèle du Dr Lermoyez). — Les avantages de cet instrument sont : 1° l'obliquité du tranchant (à 45°) par rapport au plan de section, ce qui évite le dérapage pendant les tractions exercées sur le manche; 2° l'étendue de la fenêtre, qui permet de saisir les plus grandes crêtes. Le manche porte une gachette mobile qui facilite la préhension de l'instrument lorsque l'on abrase des crêtes osseuses; le déplacement de la vis mobile permet de mettre l'instrument en place sans être gêné.

3° *Seringue et canule pour injections intra-trachéales vraies,* des Drs Weill et Rosenthal. — Destinée à injecter rapidement les liquides, même épais, au-dessous de la glotte. La seringue est de 10 centimètres cubes (modèle Straus-Collin). La canule est maintenue par deux ailettes qui assurent son adhérence à la seringue par simple pression. La courbure buccale déjette la main qui tient la seringue sur la droite, et la courbure pharyngée, en prenant point d'appui par sa convexité sur la paroi postérieure du pharynx, projette en avant, vers la glotte, l'extrémité de la canule.

M. Georges Mahu, de Paris. — **Du morcellement des amygdales chez les adultes.**

Présentation d'un nouvel instrument destiné à morceler les amygdales palatines, molles ou fibreuses, enchatonnées ou non.

Le morcellement s'effectue en deux temps : 1° serrage sans écrasement du fragment, qui peut être lâché si la prise est défec-

tueuse; 2° écrasement et section nette au niveau des parties pincées, qui sont ainsi détachées sans aucun tiraillement.

La Société décide de mettre à l'ordre du jour les questions suivantes :

Pour 1903 : 1° *De la ponction lombaire dans les affections cérébrales d'origine otique*. MM. Chavasse et Mahu, de Paris, rapporteurs.

2° *Dégénérescences bénignes de la muqueuse ethmoïdale. Diagnostic et traitement*. M. Jacques, de Nancy, rapporteur.

Pour 1904 : *Traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée*. MM. Lermoyez, de Paris, Lubet-Barbon, de Paris, et Moure. de Bordeaux, rapporteurs.

La session est close.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Un cas de kyste dermoïde de la bouche *(Report of a case of dermoid cyst of the mouth, etc.)*, par M. Charles Greene Cumston.

Il s'agit d'un homme âgé de vingt-deux ans, porteur d'une tumeur volumineuse située au niveau du plancher de la bouche. Il disait avoir cette tumeur depuis l'âge de sept ans. A son début, c'était une petite tumeur indolore, située sur la ligne médiane du plancher de la bouche. Depuis trois ans, elle avait considérablement augmenté de volume et présentait, au moment de l'examen, celui d'un gros citron, ayant d'ailleurs la même forme ovale, et dépassant le niveau des dents inférieures. La langue était refoulée en haut et en arrière, mais pouvait être légèrement tirée hors de la bouche. Les limites postérieures de la tumeur, vu ses dimensions, étaient difficiles à déterminer, mais elle s'étendait certainement jusqu'au niveau de l'angle du maxillaire inférieur. Elle ne faisait pas saillie dans la région sous-mentonnière, mais pouvait y être sentie par la palpation. La muqueuse buccale était parfaitement normale et mobile au-dessus de la tumeur. On pouvait voir les deux canaux

de Wharton et déterminer, en les irritant, une sécrétion salivaire.

A la palpation, la tumeur était fluctuante, comme si elle renfermait une substance épaisse, huileuse, mais on ne pouvait pas provoquer de douleur à son niveau.

Le malade parlait avec peine et avalait difficilement. C'est, d'ailleurs, ce dernier symptôme qui, seul, l'avait déterminé à venir consulter l'auteur. Se basant sur l'histoire de la maladie et sur les données fournies par l'examen, l'auteur n'hésita pas à poser le diagnostic de kyste dermoïde du plancher de la bouche. Son extirpation fut faite à l'aide d'une incision pratiquée dans la région sous-mentonnière.

L'examen anatomique de la tumeur, une fois enlevée, avait montré que le kyste était situé dans le tissu cellullaire sous-muqueux du plancher de la bouche, entre les muscles génioglosses; il renfermait une masse pâteuse, grise, qui, ainsi que l'a montré l'examen microscopique, renfermait de la cholestérine, des cheveux et des éléments qui représentaient probablement des cellulles épithéliales altérées. Les coupes microscopiques des parois du kyste ont montré que sa portion interne était limitée par une couche épidermique absolument analogue aux couches épidermiques normales, renfermant des cellules cornées, au-dessous de laquelle se trouvait une couche granuleuse parfaitement visible, et, enfin, un réseau de Malpighi. La deuxième couche était composée d'un derme identique à celui de la peau, sauf peut-être en ce qui concerne le tissu élastique, qui était beaucoup moins développé, et les papilles qui étaient moins distinctes et apparaissaient plus larges, mais moins élevées. Les cheveux présentaient des bulbes et étaient entourés d'une gaine distincte de glandes sébacées. Tous ces signes n'ont fait que confirmer le diagnotic clinique de kyste dermoïde. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, mars 1902.)

Dr S. JANKELEVITCH.

Stomatite ulcéreuse et angine à bacilles fusiformes; syphilis coexistante, par MM. MONGOUR et VERGER.

Présentation de deux malades. La première est une jeune

fille de vingt-quatre ans qui, au niveau des molaires, vit se former un bouton qui s'ulcéra et se recouvrit d'un enduit grisâtre, et présenta en même temps une gêne de la mastication, et des ganglions angulo-maxillaires douloureux. Le traitement par le chlorate de potasse fut sans effet, mais, sous l'influence d'attouchements à l'eau oxygénée, la guérison survint rapidement.

La deuxième malade est une jeune fille de vingt ans, dont l'affection débute par une gêne de la déglutition, et de la fièvre. L'examen objectif permet de constater un enduit grisâtre facile à détacher, mais aussi une rougeur très accentuée du voile du palais, du pharynx, enfin une ulcération cratériforme dans la fossette sus-amygdalienne, accompagnée de ganglions volumineux et douloureux.

Quelques jours après, l'angine ulcéreuse a disparu, mais les accidents secondaires syphilitiques persistent.

L'examen des exsudats a été fait chez ces deux malades et a permis de déceler le bacille fusiforme presque pur. Ces angines deviennent assez fréquentes. Le Dr Mongour se propose de les traiter par la glycérine phéniquée. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 10.) Dr Mercier Bellevue.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Un cas de shock dans un traitement intra-nasal, par le Dr P. J. Mink.

Souvent, après de grandes opérations ou traumatismes, la mort subite est attribuée au shock, quoiqu'on ne puisse pas toujours juger suffisamment de l'effet des causes nuisibles; souvent, il y a tant d'autres circonstances qui justifient le doute, si on a affaire avec le vrai shock. Dans le cas suivant, où on a pu exclure les autres causes de mort, l'auteur nous raconte un cas de shock pur. Il s'agit d'une femme d'âge moyen, souffrante d'une suppuration des cellules ethmoïdales antérieures qui formaient des croûtes fétides. Mink vidait les cellules des sécrétions en y introduisant une canule, puis il y insufflait de l'air, suivi d'une solution glycérinée de soso-iodol de soude. Ce traitement, appliqué deux fois par semaine pendant quelque temps, et

qui ne gênait la malade en aucune manière, à cause de l'anesthésie par la solution de cocaïne à 5 0/0, amenait une amélioration considérable, de sorte que la femme croyait n'avoir plus besoin de se présenter. Quelque temps après, elle demanda la permission de revenir, parce que l'affection ne lui semblait pas guérie, surtout du côté gauche; l'auteur n'avait pas traité ce côté, parce qu'il était moins affecté, et aussi à cause d'une déviation de la cloison qui rendrait un traitement un peu pénible. Maintenant, la suppuration étant devenue plus profuse, il se décida à agir ici de la même manière. Après cocaïnisation à 5 0/0 (un peu faible! ref.), il introduisit au-dessous de la partie antérieure du cornet moyen une canule dont la pointe, d'environ 1 centimètre de long, fut courbée dans un angle de 45°. A peine la canule entrée dans une cellule avec un léger craquement, Mink voyait la malade s'évanouir. Elle semblait encore entendre la voix haute; la respiration était irrégulière, mais plus forte qu'à l'ordinaire; le pouls filiforme, accéléré, ondulant, souvent même pas palpable. Elle a les yeux ouverts, les pupilles ne réagissent pas; les muqueuses sont très pâles. Excepté quelques tractions, elle ne fait aucun mouvement. On fit inhaler de l'éther, frictionnant la région du cœur, etc., mais tout en vain! Le pouls diminuait de plus en plus, et, après une heure, elle décéda.

L'auteur démontre qu'il est impossible, au point de vue des relations anatomiques, d'admettre la ponction comme cause de la catastrophe déplorable. Une hémorragie cérébrale ne peut être admise non plus, l'opération n'ayant pas même causé une hémorragie nasale; de même il n'y avait aucun signe de congestion cérébrale, pas de paralysie des membres, contractions, etc. Une idiosyncrasie de cocaïne chez un individu ayant été exposé à la cocaïne déjà plus de vingt fois n'est pas très vraisemblable. L'auteur cite la description du shock dans l'édition française de l'*Encyclopédie de chirurgie* d'Ashurst, qui est tout à fait conforme à son cas; enfin, il appelle l'attention sur l'état psychique des malades prédisposant au shock, et il arrive à la conclusion que, dans son cas, cette femme se trouvait dans cet état psychique surexité, plein d'angoisses, un état dans lequel se

trouve un individu portant un pistolet chargé et armé; une circonstance imprévue et simple suffit pour le décharger et causer la catastrophe funeste. Or il ne faut pas oublier que les malades attachent une importance exagérée aux actions même les plus simples du médecin, qui, par cela, éveille quelquefois involontairement des émotions fortes. Cette observation démontre que l'état psychique joue un grand rôle dans la médecine. (*Weekblad v. h. Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde*, n° 2, 1902.)

M.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Ostéite raréfiante dans l'empyème chronique de l'ethmoïde et du sinus sphénoïdal, simulant une rhinite atrophique (*Rarefying osteitis in chronic empyema of the ethmoid and sphenoid simulating atrophic rhinitis*), par M. Emma E. Musson.

Sans affirmer, ainsi que le fait Grünwald, que dans tous les cas de rhinite atrophique il s'agit d'un empyème de sinus qui en constituerait la cause et le point d'origine, l'auteur croit que, dans certains cas d'empyème chronique de l'empyème sphénoïdal et ethmoïdal en particulier, on peut observer une variété de rhinite atrophique simulant à s'y méprendre la rhinite atrophique idiopathique avec ozène, mais que quelques signes différentiels permettent de distinguer de cette dernière.

C'est ainsi que dans la rhinite atrophique idiopathique la résorption des tissus est beaucoup plus étendue, plus généralisée, la muqueuse est épaissie au point de reproduire exactement le contour anatomique des fosses nasales. Molle et d'un gris sale dans la rhinite atrophique idiopathique, la muqueuse présente une surface congestionnée et granuleuse dans la rhinite atrophique secondaire, avec, dans certains cas, une tendance à l'hypertrophie locale, qui se manifeste par la présence de petits polypes.

Dans cette dernière variété, on découvre avec la sonde du tissu osseux carié au niveau des cellules ethmoïdales, tandis que, dans l'atrophie idiopathique, la sonde ne rencontre que du tissu mou. Dans celle-ci, la formation des croûtes est étendue à toute la fosse nasale, tandis que dans

l'atrophie secondaire on ne trouve du pus que dans les méats moyen et supérieur, et sur la portion voisine de la cloison.

La destruction des terminaisons du nerf olfactif se produit beaucoup plus tôt dans la rhinite idiopathique que dans la rhinite secondaire. Aussi, la conservation de l'odorat sera-t-elle un signe permettant de se prononcer en faveur de cette dernière variété. L'ozène existe dans l'une comme dans l'autre; mais, dans l'atrophie secondaire, elle est due à la stagnation et à la décomposition du pus venant des sinus, tandis que dans l'atrophie idiopathique, il résulte peut-être de l'action du bacille de Löwenberg.

Dans l'atrophie secondaire, la sonde rencontre toujours de l'os dénué de périoste et, contrairement à ce que pense Hajek, l'auteur a pu observer, dans quelques cas, que le cornet moyen était dépouillé de sa muqueuse, et cela à la suite d'une érosion qui s'est produite au niveau de la muqueuse elle-même recouvrant le cornet, et non consécutivement à une ouverture fistuleuse ayant débuté dans les cellules ethmoïdales.

Alors que la rhinite atrophique idiopathique ne supporte aucune intervention chirurgicale, l'ablation du tissu osseux carié, l'ouverture et le drainage des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal diminuent la sécrétion purulente dans la rhinite secondaire, atténuent l'ozène, sans qu'il résulte de ces interventions une réaction inflammatoire, à laquelle on pourrait s'attendre en exposant des surfaces fraîches à l'action de sécrétion en voie de décomposition.

L'empyème sphénoïdal est plus facile à diagnostiquer lorsqu'il est possible de faire le cathétérisme du sinus, ce qui est précisément le cas dans l'atrophie secondaire, où le cornet moyen a disparu, à la suite de l'ostéite raréfiante. Contrairement à l'opinion courante, l'auteur croit que les cas d'empyème ethmoïdal primitif ne sont pas moins fréquents que ceux où cet empyème est consécutif à une suppuration des sinus maxillaire et frontal, et présentent une tendance plus grande à passer à l'état chronique.

A l'appui de ses thèses, l'auteur cite cinq observations

d'atrophie de la muqueuse nasale consécutive à l'empyème ethmoïdal ou sphénoïdal. Une de ces observations concerne un enfant de dix ans, une autre un enfant de treize ans.

Dans tous les cas, le traitement approprié de l'empyème a amené la disparition des lésions nasales. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, déc. 1901.)

Dr S. JANKELEVITCH.

OREILLES

De l'emploi du diapason en acoumétrie, par le Dr CHAVANNE, de Lyon.

Le diapason est le meilleur des instruments d'acoumétrie, car il permet d'étudier à la fois la perception aérienne et la perception ostéo-tympanique. C'est avec lui que l'on fait les diverses épreuves de l'ouïe, c'est par lui seulement qu'on peut se faire une idée nette de l'acuité auditive. Malheureusement les notations varient avec les pays: il serait à souhaiter qu'une entente aboutît à une notation unique. Certains proposent l'adoption d'un diapason étalon de 100 v. d., mais outre qu'il est insuffisant, il répond non à une tonalité esthétique, mais à une division décimale de l'unité de temps, qui est absolument indifférente aux otologistes. Certains se servent de six diapasons, tel Hartmann; d'autres d'un seul diapason avec curseur. En réalité, on peut se contenter de trois diapasons, et, grâce à eux, nous pourrons faire la plupart des épreuves de l'ouïe en pratiquant tantôt la méthode optique, tantôt la méthode mécanique. La méthode optique consiste à fixer sur le diapason un index qui trace sur un papier *ad hoc* les vibrations multiples du diapason mis en mouvement. Lorsque les striations ainsi formées ne sont plus visibles, on marque 0, c'est le 0 açoumétrique; l'audition est positive ou négative suivant que la perception du son a cessé après ou avant le 0. Cette méthode simple ne peut s'apliquer qu'aux diapasons graves. Par la méthode mécanique on met le diapason en vibration et, cela fait, on recherche l'audition cranio-tympanique et l'audition aérienne.

Audition cranio-tympanique. — Dans la recherche de

la perception cranio-tympanique, le pied du diapason doit être appliqué sur la mastoïde et non sur le vertex.

Faisant abstraction des lois physiques, Hartmann exprime en centièmes l'unité cherchée, et pour mieux comparer les conductions aérienne et osseuse, il calcule le pourcent de la conduction osseuse par rapport à l'audition aérienne normale : d'après l'auteur, ce serait là une erreur; Gradenigo adopte la méthode d'Hartmann, mais seulement pour la perception par voie aérienne.

L'auteur se sert de la méthode d'Hartmann, mais c'est la durée normale de la perception cranio-tympanique qui lui sert de terme de comparaison pour mesurer la durée pathologique de cette même perception. L'auteur se sert d'un percuteur automatique qui, d'après lui, donnerait toujours une force identique au diapason.

D'autres auteurs remplacent la recherche de la durée de la perception par celle de la distance à laquelle ils sont entendus : cette méthode expose à de nombreuses erreurs.

Audition aérienne. — Bonnier se sert du même diapason, dont il applique le pied sur le milieu d'un tube otoscopique, reliant l'oreille examinée à celle de l'observateur pour calculer la perception aérienne. Hartmann et Gradenigo emploient la méthode de pourcentage que l'auteur emploie lui aussi.

Les causes d'erreurs dans l'étude de l'audition aérienne peuvent se ramener à trois : 1° épuisement de l'auditif attribué à l'étouffement de la sensation acoustique sous les bruits respiratoires et cardiaques; 2° différences de perception suivant la position de la tête, une forte flexion de la tête diminuant la perception des sons graves, augmentant celle des sons aigus; 3° différence de perception pour le même son, selon les sources dont il provient.

On évitera ces causes d'erreurs : 1° en faisant un examen fonctionnel de l'oreille assez court; 2° en faisant tenir la tête droite pendant celui-ci; 3° en employant toujours les mêmes sources sonores. (*Gaz. des hôpit.*, 25 févr. 1902.)

Dr Mercier Bellevue.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

23e ANNEE. N° 25. 21 JUIN 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT
DU CORYZA ATROPHIQUE OZÉNATEUX
PAR
LES INJECTIONS INTERSTITIELLES DE PARAFFINE[1]

Par le Dr **A. BRINDEL**, de Bordeaux.

Messieurs,

Il nous a été donné bien fréquemment de faire la remarque suivante : quand, chez un malade atteint de coryza atrophique ozénateux, même très accentué, il existe, dans l'une des deux fosses nasales, une déviation de la cloison, un éperon, une synéchie congénitale, un obstacle quelconque en un mot, rétrécissant le calibre de cette fosse nasale, l'atrophie des cornets et les altérations de la muqueuse sont toujours moins marquées dans cette fosse nasale que dans sa congénère; parfois même elles manquent totalement.

L'élargissement des fosses nasales par l'atrophie des cornets et de la muqueuse paraît donc, de par cette seule constatation, un facteur étiologique de premier ordre, comme le voulait Zaufal, dans la production de l'ozène.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie de cette affection, il n'est pas douteux que l'augmentation de calibre de la fosse nasale favorise la stagnation des sécrétions de la muqueuse.

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1902.

leur desséchement et leur décomposition par les agents microbiens : elle entre donc pour une grosse part dans l'engendrement de l'odeur pestilentielle que nous avons tous présente à la mémoire. Une autre part revient également aux altérations glandulaires dont la sécrétion est modifiée et aux transformations qui surviennent dans la nature de l'épithélium de revêtement.

En tout état de cause, on peut affirmer que s'il n'y a pas rétention de sécrétions dans les fosses nasales, il n'y a pas odeur.

Le traitement rationnel de l'ozène consiste donc, tout d'abord, à empêcher la stagnation des croûtes dans le nez, et c'est à cette thérapeutique, purement palliative, que se bornent encore un trop grand nombre de spécialistes, qui, rebutés par les difficultés et la longueur du traitement curatif, préfèrent nier son existence. D'autres, et l'école de Bordeaux est de ce nombre, plus confiants dans l'efficacité d'une thérapeutique longtemps et régulièrement appliquée, s'acharnent à changer la nature des sécrétions de la muqueuse, puis à les tarir.

Leur idéal tend à amener un gonflement de la muqueuse et une hypertrophie des cornets, tout en opérant dans les glandes de profondes modifications.

Nous débarrassons régulièrement, une ou deux fois par jour s'il le faut, les fosses nasales des sécrétions qui s'y forment, et cela au moyen d'irrigations nasales et rétro-nasales, connues de tous aujourd'hui, utilisant, pour opérer ce nettoyage, l'injecteur énéma. Le malade apprend très rapidement à pratiquer ces différentes manœuvres et à maintenir son nez exempt de croûtes : la récompense suit de près l'effort qu'il s'impose, puisqu'il est débarrassé aussitôt de son odeur nauséabonde.

Les modifications à opérer sur la muqueuse et les glandes sont obtenues par des massages réguliers et quotidiens que le malade arrive très vite à savoir se faire lui-même au moyen

d'un tampon d'ouate monté sur une tige souple et imbibé d'une mixture iodo-iodurée dans de la glycérine légèrement phéniquée par exemple. De temps à autre nous pratiquons ces massages nous-même au moyen d'un petit moteur et nous les faisons suivre d'une pulvérisation sur la muqueuse nasale, avec une solution de nitrate d'argent de 5 à 20 o/o. Le soir, de son côté, le patient se pulvérise dans le nez une solution de menthol dans l'huile de vaseline, quand il peut s'offrir le luxe d'un pulvérisateur *ad hoc*. Sans doute, ce traitement est long et fastidieux (il dure quelquefois trois et quatre ans); sans doute le malade a des tendances à en relâcher l'application dès qu'il se sent mieux. Aussi avons-nous coutume de prévenir l'ozénateux qu'il devra y mettre toute sa bonne volonté, toute sa patience, et qu'à ce prix seul nous pouvons lui affirmer la guérison.

Cette guérison survenant dans un laps de temps de deux à à quatre ans ne fait pas pour nous l'ombre d'un doute: nous en possédons un certain nombre d'exemples. Nous avons même des malades qui font actuellement du coryza spasmodique avec hydrorrhée alors qu'ils possédaient, au début du traitement, un coryza atrophique très accentué, avec ozène des mieux caractérisés. N'est-ce pas là le comble de la guérison? Il va sans dire que s'il existe, concomitamment à un coryza atrophique, un empyème de l'un quelconque des sinus, et le fait est extrêmement fréquent, nous dirigeons de front notre thérapeutique contre l'une et l'autre de ces affections.

Je n'entre pas dans de plus grands détails, cela m'amènerait trop loin.

S'il n'est pas douteux que les irrigations soigneusement faites, les massages et les pulvérisations constituent un moyen curatif contre le coryza atrophique ozénateux, il n'en est pas moins vrai que ce résultat ne peut être obtenu que par une longue application. Les malades, de leur côté, n'arrivent pas tous à la dextérité indispensable à la bonne exécution du traitement.

Aussi cherchions-nous, depuis bien des années, un moyen plus rapide pour atteindre le même but qui n'est, en définitive, que l'hypertrophie des cornets, ou mieux la diminution de calibre des fosses nasales.

Un instant nous avions songé à utiliser un procédé qui, pour les os longs, donne, paraît-il, de bons résultats et qui consiste à laisser à demeure dans l'os une pointe, un clou métallique, dont le séjour prolongé engendre une hypertrophie, un allongement du tissu osseux. La chose n'est peut-être pas très pratique dans les fosses nasales : bref nous n'avons pas encore mis cette idée à exécution.

Sur ces entrefaites étaient publiées les belles découvertes de Gersuny et de ses imitateurs sur l'emploi des produits paraffinés dans la prothèse. Le perfectionnement de la méthode par l'emploi d'un produit un peu différent de celui de Gersuny, parfaitement toléré par l'organisme, et non susceptible de se résorber, rendit vraiment pratique l'utilisation de la paraffine dans la correction des difformités congénitales ou accidentelles : c'est au Dr Eckstein (de Berlin) qu'est dû ce perfectionnement et c'est notre confrère, le Dr Broeckaert (de Gand), qui vulgarisa la découverte d'Eckstein dans son article intitulé : « Prothèse nasale au moyen d'injections de paraffine solide d'après le procédé d'Eckstein. » (*Rev. hebdom. de laryngol., d'otol., etc.*, 7 décembre 1901).

Le Dr Moure, vivement intéressé par ces différentes publications, ne tarda pas à essayer à sa clinique, avec notre assistance, la méthode d'Eckstein.

Dans deux cas il obtint un plein succès (l'un d'eux a été relaté dans la thèse de doctorat du Dr Choussaud, Bordeaux, 1902) et corrigea ainsi une déformation fort disgracieuse produite par une ensellure du nez.

Il nous suggéra alors l'idée de pratiquer, au moyen de la même paraffine d'Eckstein, des injections interstitielles dans les cornets des ozénateux. Nous nous empressâmes de recourir à ce procédé qui présentait pour nous l'avantage

de rendre aux fosses nasales leur calibre normal, de faciliter ainsi l'expulsion des croûtes qui s'y formaient, et peut-être d'amener dans la muqueuse des modifications telles que les sécrétions pourraient ne plus exister.

Ce sont les résultats immédiats de ce traitement tout nouveau que je viens relater; je dis immédiats, car il serait bien téméraire de juger une thérapeutique de date si récente après deux mois et demi seulement d'application, surtout quand il s'agit d'une affection aussi rebelle que le coryza atrophique ozénateux. Nulle guérison de l'ozène ne saurait être affirmée si elle n'a pas reçu la consécration du temps: nous l'avons bien vu pour tous ces procédés, divulgués à la hâte et rentrés dans l'oubli avec une égale vitesse, préconisés dans ces dernières années contre l'ozène et abandonnés rapidement par leurs propres promoteurs : de ce nombre sont l'électrolyse et la sérothérapie.

Je me garderai donc bien d'annoncer, d'ores et déjà, dans les injections interstitielles de paraffine un remède souverain et infaillible contre le coryza atrophique ozénateux : ce que je puis affirmer, néanmoins, c'est qu'aucune autre méthode ne donne des résultats aussi rapides, aussi radicaux d'emblée.

Les malades chez lesquels j'ai réussi à reconstituer les cornets paraissent guéris; mais, je le répète, ma première expérience ne remontant qu'au 14 février 1902, je ne puis jusqu'ici que parler de résultats immédiats, me réservant de faire connaître ultérieurement, et quels qu'ils soient, les résultats éloignés. Peut-être, d'ici là, quelques-uns de nos confrères voudront-ils, à leur tour, me prêter l'appui de leur expérimentation et perfectionner la méthode en la rendant plus facile à exécuter.

Voici, du reste, mes observations, dans leur ordre chronologique, telles que je les ai recueillies au jour le jour. Elles sont au nombre de dix : le Dr Choussaud, dans sa thèse citée plus haut (mars 1902), en a relaté en partie sept; mais il a suivi les malades jusqu'au 14 mars seulement, c'est-à-

dire pendant un mois pour le plus ancien, et quelques jours pour les derniers.

Observation I. — *Coryza atrophique ozénateux, très marqué, vierge de tout traitement.*

M. B..., quatorze ans, d'Ichoux (Landes), se présente à la clinique, le 14 février 1902, porteur d'un énorme coryza atrophique ozénateux. Ses fosses nasales sont remplies de croûtes épaisses, vertes, sentant très mauvais. Les cornets inférieurs et moyens sont extrêmement atrophiés : le calibre des fosses nasales est très élargi. Ce jeune homme n'a jamais subi le moindre traitement.

Je lui nettoie à fond le nez en le débarrassant des croûtes et mucosités qui l'encombrent. Puis je procède à une injection interstitielle de paraffine.

A gauche, à la deuxième reprise, je vois le cornet inférieur, sous l'effet de l'injection, se gonfler d'avant en arrière et acquérir les dimensions d'un cornet hypertrophié. J'ai injecté 4 centimètres cubes.

A droite, trois tentatives demeurent sans résultat. La quantité injectée est à peu près nulle; ma paraffine se refroidit trop vite dans la canule et en obstrue la lumière.

15 février. — A gauche, le cornet inférieur s'est maintenu volumineux. Très peu de sécrétion muqueuse. A droite, de nouveaux amas croûteux se sont formés. Le malade n'a pour ainsi dire pas été incommodé par son injection.

17 février. — Léger œdème sous-palpébral à gauche. Très peu de sécrétion de ce côté. Nouvel essai infructueux à droite. La paraffine ressort par les orifices créés par l'aiguille deux jours auparavant.

24 février. — Plus d'œdème. Cornet gauche tuméfié. Peu de sécrétion dans la narine. A droite, tuméfaction légère. Sécrétion un peu plus abondante.

4 avril 1902. — Le malade mouche beaucoup moins. Il n'a plus d'ozène. Le cornet gauche est resté rose et gonflé. Injection de 2 centimètres cubes à la partie antérieure du cornet inférieur droit.

22 avril. — Le malade va très bien. Ses deux cornets inférieurs sont volumineux, sans cependant gêner la respiration. Il n'y a plus de croûtes ni d'ozène. Le patient affirme qu'il ne mouche plus du tout depuis sa dernière injection. Il n'en a éprouvé, du reste, aucune douleur. *Il ne fait aucun traitement, pas même d'irrigations.* Il se croit guéri.

2 mai. — Va très bien. Pas de sécrétions nasales; pas la moindre odeur. Odorat parfaitement conservé.

Ce malade, revu ces jours derniers (3 juin 1902), est toujours dans un état extrêmement satisfaisant.

Détail à noter, tout à fait imprévu, *dans les trois mois* qui ont suivi les injections de paraffine ce jeune homme a *augmenté en poids de 6 kilogrammes.*

Obs. II. — *Coryza atrophique et laryngo-trachéite ozénateuse.*

Mme Le B..., vingt-six ans, épicière, fait des injections nasales depuis cinq à six ans : celles-ci lui ont été ordonnées par son médecin. Elle suit la clinique depuis un an et demi. Au début, elle présentait des croûtes épaisses dans les deux fosses nasales et dans la trachée. Elle se soigne irrégulièrement d'ailleurs; on lui fait de loin en loin du massage et des injections intra-trachéales d'huile mentholée. Enrouement. Diaphanoscopie parfaite des deux côtés.

A gauche, cornet très atrophié. Élargissement considérable de la fosse nasale; quelques sécrétions épaisses. A droite, atrophie également très marquée, encoche sur le milieu du cornet, dans le sens longitudinal. Petit éperon antérieur sur la cloison.

25 février 1902. — Injection bilatérale, au niveau de la tête des cornets inférieurs, de 4 centimètres cubes de paraffine. Les cornets se reconstituent en entier. Aucune douleur (la muqueuse est cocaïnée probablement, cela va sans dire).

27 février. — Cornets en bon état. Léger gonflement douloureux sous-palpébral à gauche. Rien à droite.

3 mars. — Rien de particulier à droite, sauf quelques élancements. A gauche, *tuméfaction douloureuse près de l'angle interne de l'œil et sur la joue.*

7 mars. — Ne souffre plus. Cornets inférieurs volumineux. A droite, va très bien. Pas la moindre tuméfaction ni douleur. A gauche, on sent, à la palpation, *un cordon dur, volumineux, un peu douloureux à la pression, partant de l'angle interne de l'œil et se dirigeant vers l'angle de la mâchoire inférieure.*

Ce cordon est superficiel près de l'œil et sous-muqueux dans la joue. Il s'agit vraisemblablement *d'une phlébite de la veine faciale.*

11 mars. — Le cordon, à la face interne de la joue, est très diminué de volume et à peine induré.

18 mars. — Plus de tuméfaction de la joue. A peine un petit cordon sur l'os propre. Le cordon de la face interne de la joue a disparu. La malade ne fait plus aucun traitement depuis le 25 février : elle ne mouche presque plus.

29 avril. — Les cornets inférieurs sont toujours volumineux sans gêner la respiration. Leur coloration est normale. Il n'y a aucune sécrétion nasale, mais bien une légère sécrétion dans le naso-pharynx. L'enrouement persiste.

La malade affirme *être beaucoup dégagée du nez,* c'est-à-dire respirer beaucoup mieux qu'auparavant.

2 mai. — Très bien. Pas la moindre sécrétion. Ne fait aucun traitement.

Mme Le B..., revue dans les derniers jours de mai, est toujours dans un état très satisfaisant.

Obs. III. — *Coryza atrophique ancien. Empyème du sinus maxillaire droit. Ozène trachéal. Injection de paraffine à gauche seulement.*

Mlle Marthe L..., vingt-quatre ans, se soigne irrégulièrement depuis quatre ans et demi pour coryza atrophique ozénateux. En octobre 1897 et juin 1898, curettage de la bulle ethmoïdale gauche. Fait du massage et des irrigations régulières depuis deux ans.

18 juin 1901. — Obscurité à droite : ponction, pus grumeleux dans le sinus maxillaire droit.

25 février 1902. — Atrophie très marquée des cornets inférieurs. Sécrétion légèrement épaisse à gauche. Ponction du sinus droit, pus vert fétide assez abondant.

Injection de 4 centimètres cubes de paraffine dans le cornet inférieur gauche qui se reconstitue sous les yeux.

27 février. — Gonflement œdémateux sur la joue gauche; quelques douleurs lancinantes autour de l'œil.

28 février. — Douleurs plus accusées, gonflement dur et douloureux autour de l'os propre. Pansement humide.

1er mars. — Va mieux. La tuméfaction est moins accusée, les douleurs moins fortes.

6 mars. — La malade présente un petit cordon, légèrement rouge, dur, allant de l'aile du nez à gauche, vers l'angle interne de l'œil; de là il se coude, traverse la racine du nez et se termine à la tête du sourcil, à droite. On sent également que ce cordon, à partir de l'angle de l'œil gauche, va vers la partie interne de l'œil droit. La malade éprouve une gêne assez forte, mais pas de douleurs à proprement parler. La tuméfaction de la joue va en diminuant.

11 mars. — Œdème de la joue très diminué. Plus de douleurs ni de gêne.

18 mars. — Va très bien. Plus de tuméfaction. Très petit cordon sur l'os propre.

25 *avril.* — Le cornet inférieur gauche est en parfait état, très bien reconstitué. Il n'y a aucune sécrétion de ce côté. Deux fois par semaine, la malade se borne à faire ponctionner son sinus maxillaire droit où persiste toujours du muco-pus. Cet empyème sera très vraisemblablement justiciable d'une cure radicale dans un avenir prochain. La comparaison est frappante entre les deux fosses nasales, dont une seule, la gauche, a reçu une injection de paraffine et semble guérie, tandis que dans l'autre persiste encore, très marquée, l'atrophie des cornets.

2 *mai.* — Très bien. Hydrorrhée nasale à gauche, le soir principalement.

Avant la composition de cet article, nous avons pu revoir M^lle^ X... Sa fosse nasale gauche va toujours très bien et ne présente pas la moindre sécrétion (3 juin 1902). A droite, il y a toujours du pus dans le sinus maxillaire, et la malade est décidée à se laisser faire une cure radicale dès que ses occupations le lui permettront.

Obs. IV. — *Coryza atrophique très marqué avec ozène.*

M^lle^ Marguerite B..., 22 ans, atteinte de coryza atrophique très marqué, avec ozène très accentué, suit un traitement extrêmement irrégulier à la clinique depuis le 21 mars 1901. Actuellement, les cornets sont très atrophiés et les fosses nasales sécrètent de nombreuses croûtes odorantes.

28 février 1902. — Injection interstitielle de 4 centimètres cubes de paraffine dans le cornet inférieur droit. Aucune douleur consécutive.

3 mars. — Va très bien. Aucune douleur, aucune tuméfaction sur la joue.

11 mars. — Même état.

4 avril. — Bien du côté droit. Injection de 2 centimètres cubes à gauche.

15 avril. — Mucosités épaisses sur les cornets moyens et dans le naso-pharynx. Ponction des sinus maxillaires négative.

25 *avril.* — Les cornets ne sont reconstitués qu'à moitié, et surtout dans leur partie antérieure. On aperçoit sur les cornets moyens et le sphénoïde de petites croûtes jaunes, sans odeur cependant.

29 avril. — Même état.

Je me propose de pratiquer une nouvelle injection de paraffine

de chaque côté, de façon à augmenter encore le volume des cornets inférieurs, dans la moitié postérieure principalement.

Obs. V. — *Coryza atrophique ozénateux chez une ancienne syphilitique.*

Mme R..., cinquante-neuf ans, ménagère, soignée à la clinique, en septembre 1894, pour coryza tertiaire avec nécrose de la voûte palatine.

En juin 1901, elle revient, avec coryza atrophique ozénateux très marqué, dégénérescence polypoïde sur le cornet moyen droit et empyème du sinus sphénoïdal du même côté. Curettage de l'ethmoïde.

Actuellement, élargissement considérable des deux fosses nasales. Cornets très atrophiés.

28 février 1902. — Injection de 5 centimètres cubes de paraffine dans le cornet inférieur droit. Le cornet s'est reconstitué à vue d'œil. A gauche, tentative infructueuse après deux essais.

6 mars. — Aucune douleur à droite. Pas le moindre gonflement de la joue. A souffert un peu à gauche, du côté où l'injection n'a pas réussi.

La malade, revue dans les premiers jours d'avril, est très bien à droite et se sent très soulagée : elle croit respirer mieux de ce côté. Dans quelque temps, elle fera exécuter la même opération à gauche.

Obs. VI. — *Coryza atrophique ozénateux très ancien. Ancienne opérée de cure radicale de sinusite.*

Mlle Jeanne M..., trente et un ans, a été opérée à la clinique de cure radicale de sinusite maxillaire droite le 7 décembre 1901. Est porteur d'un très ancien coryza atrophique ozénateux avec atrophie très marquée du cornet inférieur droit.

Actuellement, peu de sécrétion nasale, mais élargissement considérable de la fosse nasale droite.

7 mars 1902. — Injection de 2 centimètres cubes de paraffine dans le cornet inférieur droit. Le cornet se reconstitue en grande partie.

10 mars. — La malade va très bien. A seulement souffert un peu le soir de l'injection. Cornet en bon état. Pas le moindre gonflement.

18 mars. — Pas de sécrétion dans la fosse nasale; la malade dit ne plus moucher du tout. Le cornet inférieur conserve le volume qu'il a obtenu par l'injection.

10 mai. — En très bon état; ne fait plus d'injections nasales ; ne mouche plus. La fosse nasale droite paraît normale.

Obs. VII. — *Coryza atrophique ozénateux très marqué, vierge de tout traitement.*

Marcel C..., seize ans, serrurier, venu pour la première fois à la clinique le 11 mars 1902, porteur d'un énorme coryza atrophique ozénateux. Atrophie et ozène sont très marqués. N'a jamais subi le moindre traitement.

14 mars 1902. — Injection de 2 centimètres cubes dans le cornet inférieur droit. Tentative infructueuse à gauche.

Obs. VIII. — *Coryza atrophique ozénateux très marqué. Vierge de tout traitement.*

Mlle Louise B..., vingt-trois ans, ménagère, se présente à la clinique le 1er avril 1902, porteur d'un coryza atrophique extrêmement prononcé avec ozène. Croûtes très nombreuses, vertes, très odorantes. Cornets inférieurs en lames, aplatis. Élargissement très prononcé des deux fosses nasales. L'affection date de l'âge de treize ans. Pharynx sec, vernissé. N'a jamais subi aucun traitement.

8 avril 1902. — Injection de 3 centimètres cubes de paraffine dans la partie postérieure des deux cornets inférieurs. Je fais, somme toute, deux queues de cornet artificielles.

10 avril. — Va bien; n'a pas souffert. Queues de cornet artificielles très visibles.

22 avril. — La malade mouche beaucoup moins; elle n'a plus de croûtes. Injection de deux centimètres cubes de paraffine à la partie antérieure du cornet inférieur droit. Ce cornet se trouve ainsi reconstitué dans sa totalité. Tentative infructueuse à gauche.

28 avril. — Va très bien. N'a pas souffert. Pas de gonflement de la joue. La malade ne mouche plus que de l'eau (liquide transparent et collant).

2 mai. — Très bien à droite.

Cette malade a été revue fin mai. Elle paraît guérie à droite où il n'existe plus aucune sécrétion. Je me propose d'injecter à bref délai la partie antérieure du cornet gauche.

Obs. IX. — *Coryza atrophique ozénateux ayant présenté, il y a trois ans, une phase de coryza hypertrophique.*

Mlle G..., dix-huit ans et demi, porteur d'un gros coryza atrophique ozénateux, se soigne très irrégulièrement, depuis deux

ans, à la clinique, pour cette affection. Croûtes nombreuses dans les fosses nasales. Cornets moyennement atrophiés.

15 avril 1902. — Injection dans le cornet inférieur droit de 1 centimètre cube en arrière et 1 centimètre cube et demi en avant.

22 avril. — Va très bien. A eu, le premier jour, un léger petit gonflement vers l'angle interne de l'œil droit et, pendant deux jours, une céphalée frontale, localisée entre les deux sourcils. Pas trace de phlébite de la faciale. Le cornet droit est très bien reconstitué.

25 avril. — Pas la moindre douleur. Pas la moindre sécrétion dans la fosse nasale droite. Depuis la première injection, la malade a cessé, bien entendu, toute autre espèce de traitement.

Obs. X. — *Coryza atrophique ozénateux très marqué, vierge de tout traitement.*

Mlle Sylvia L..., vingt et un ans, domestique, vient à la clinique pour la première fois le 15 avril 1902. Atrophie très marquée des cornets et ozène. En arrière, surtout à gauche, l'élargissement de la fosse nasale est considérable. Pharyngite atrophique.

25 avril 1902. — Injection de 2 centimètres cubes et demi de paraffine dans la moitié postérieure du cornet inférieur gauche. Le cornet se reconstitue sous l'œil. Il paraît y avoir maintenant une queue de cornet. A la rhinoscopie postérieure on voit que l'hypertrophie porte sur la partie pendante du cornet et non à son insertion.

29 avril. — N'a pas souffert. Pas de tuméfaction de la joue. Même opération à droite. Même réussite à la première tentative.

2 mai. — Très bien. Pas de douleurs; pas de sécrétion. Hydrorrhée le premier jour.

Comme on vient de l'entendre à la lecture des observations, la méthode des injections interstitielles de paraffine dans le coryza atrophique ozénateux paraît pleine de promesses. J'ai pris, pour l'expérimenter, des cas extrêmement défavorables, des malades chez lesquels la muqueuse était en quelque sorte accollée sur les cornets, et partout où j'ai réussi à injecter la paraffine, celle-ci a reconstitué définitivement, au moins jusqu'ici, la topographie normale de la fosse nasale.

Ces injections ont eu pour conséquence rapide non seulement de permettre aux malades d'expulser leurs croûtes, mais

encore d'en diminuer la formation et, qui mieux est, chez plusieurs d'entre eux, de transformer en hydrorrhée les sécrétions préalablement ozénateuses. Il y a tout lieu de penser qu'à la réaction inflammatoire engendrée par la paraffine s'unit une action mécanique qui, comprimant les glandes, annihile d'abord leur sécrétion, amène ensuite leur disparition par atrophie. Nous espérons pouvoir, dans la suite, par des examens biopsiques, trancher cette importante question.

La reconstitution des cornets a encore l'avantage de faire disparaître très rapidement cette singulière sensation de gêne respiratoire éprouvée par les ozéneux. Bien des fois les malades porteurs d'élargissement considérable des fosses nasales par atrophie des cornets accusent, comme motif de la consultation, une difficulté pour respirer par le nez. Après l'injection de paraffine, ils se sentent « immédiatement dégagés ». Il leur semble que l'air passe plus facilement par leurs fosses nasales, alors que le contraire seul est exact.

Il est vraiment curieux de voir l'ozène disparaître aussi rapidement et sans qu'aucun autre traitement concomitant vienne en aide à la médication.

Cette guérison apparente persistera-t-elle? L'avenir seul nous l'apprendra. On peut affirmer d'ores et déjà que les injections interstitielles de paraffine dans les cornets inférieurs sont bien tolérées et n'occasionnent, à part quelques douleurs les deux ou trois premiers jours et une légère tuméfaction de la joue, aucun sérieux inconvénient.

Chez deux malades, au début, nous avons vu cependant se développer une phlébite de la veine faciale, qui n'a pas laissé que de nous préoccuper un peu. Ces deux cas se sont produits l'un chez une jeune fille à laquelle nous avions fait une seule injection de paraffine, attendu qu'elle est porteur d'un empyème du sinus maxillaire du côté opposé, l'autre chez une jeune dame qui avait pourtant reçu une injection bilatérale et ne présenta toutefois cette complication que d'un côté seulement.

Ces deux malades éprouvèrent des souffrances assez vives dans l'orbite correspondant et eurent un œdème très prononcé de la joue et de la paupière inférieure. Au début et après la disparition du gros empâtement des premiers jours, la veine faciale se dessina très nettement sous forme d'un cordon très dur et douloureux. Sous l'influence de pansements humides, les souffrances se calmèrent, la tuméfaction disparut ainsi que la sensibilité à la pression. Peu à peu, en un mois environ, le cordon dur s'effaça à son tour et tout rentra dans l'ordre.

J'avais fait, chez ces deux malades, des injections de 4 à 5 centimètres cubes de paraffine, en une seule fois, en piquant mon aiguille sur le tête du cornet inférieur. J'ai attribué à la trop grande quantité de médicament et au siège de mon injection la cause de cet incident qui aurait pu avoir peut-être des conséquences plus sérieuses.

Depuis ce jour, j'ai changé un peu ma tactique et voici comment je procède.

Je me sers d'une seringue métallique, dont le corps est entouré par un gros manchon de caoutchouc et dont le piston, métallique lui aussi, a un manche gradué. Une aiguille de Potain, coudée près de son pavillon, se visse à l'extrémité de la seringue : le joint est rendu hermétique par la présence d'une petite rondelle de cuir.

Seringue et aiguille sont préalablement stérilisées par l'ébullition et mises dans une solution de cyanure très chaude (65, 70 et 80°).

La paraffine, stérilisée elle aussi, la même que celle employée par Eckstein, est fondue au bain-marie, puis aspirée dans la seringue et remise dans l'eau presque bouillante.

Un nettoyage méticuleux est opéré dans la fosse nasale, dont la muqueuse est cocaïnée sur tout le trajet du cornet inférieur.

Tenant mon spéculum de la main gauche et ma seringue garnie et très chaude de la main droite, je passe rapidement

l'extrémité de mon aiguille seule libre, le reste étant enveloppé de caoutchouc, dans une flamme à alcool ou au-dessus du bec de gaz qui se trouve à ma portée.

Je pique vivement, et aussi loin que je le peux, la muqueuse du cornet inférieur et je pousse lentement, mais avec une certaine force, le piston de ma seringue. Si la paraffine n'a pas eu le temps de se solidifier à l'extrémité de l'aiguille, si l'extrémité effilée de cette aiguille est bien entre la muqueuse et le tissu osseux, on voit se reconstituer ce cornet, sans la moindre douleur pour l'opéré.

Une seconde après, la paraffine est solidifiée et on peut retirer sa seringue sans inconvénient.

J'injecte de la sorte 2 à 3 centimètres cubes à la partie postérieure du cornet inférieur et j'achève, dans une autre séance, si besoin est, la reconstitution du cornet.

Cette façon de procéder me paraît beaucoup plus prudente que celle que j'employais au début et qui consistait à injecter d'un seul trait 4 à 5 centimètres cubes de médicament dans la tête du cornet.

Malheureusement les choses ne se passent pas toujours aussi simplement; on a pu voir, dans les observations qui précèdent, qu'il m'est arrivé, à différentes reprises, d'échouer dans ma tentative d'injection de paraffine.

Les malades dont je viens de rapporter l'histoire ne sont pas les seuls chez lesquels j'aie cherché à obtenir un résultat par cette méthode. Chez quatre ou cinq autres, je n'ai pas réussi à la première tentative, et j'ai dû différer de quelques semaines un nouvel essai. Je ne puis les faire entrer dans ma statistique et les compter comme des insuccès de cette thérapeutique puisque l'injection, chez eux, n'a pas été pratiquée.

A quoi attribuer ces insuccès? La chose est intéressante à connaître. La paraffine d'Eckstein fond de 60° à 65°; elle se solidifie donc très rapidement quand elle n'est pas maintenue à une température voisine de son point de fusion. Or, il est difficile, si on ne va pas très vite, de conserver l'extré-

mité de l'aiguille à un degré très élevé. Alors que l'aiguille d'Eckstein n'a que quelques centimètres, celle dont nous avons été obligé de nous servir doit avoir 8 à 10 centimètres au minimum. Nous l'environnons bien d'un manchon de caoutchouc, mais comme nous laissons libre l'extrémité, le refroidissement se produit rapidement si nous n'avons eu soin, au préalable, de la passer au-dessus d'une flamme.

Dans le même but d'éviter la solidification de la paraffine, j'ai dû me servir d'une aiguille assez grosse qui conserve mieux la chaleur qu'une aiguille fine. Or, si l'on se rappelle que dans le coryza atrophique la muqueuse est souvent collée au tissu osseux, extrêmement rétractée, on n'aura pas de peine à concevoir qu'une aiguille enfoncée à 5 à 6 centimètres de l'entrée de la fosse nasale, sur un cornet atrophié, peut dépasser le but et ressortir en dehors de la muqueuse sans qu'on s'en aperçoive.

La paraffine, dans ces conditions, tombe dans le méat inférieur, sur le plancher de la fosse nasale, ou bien coule, en se solidifiant, jusque dans le naso-pharynx et le but n'est pas atteint. Il est inutile alors d'essayer d'une nouvelle injection, car la paraffine sort immédiatement par le ou les orifices déjà créés à la première tentative. Dans ces conditions il vaut mieux remettre à quinze jours ou trois semaines un autre essai, afin de laisser à la cicatrisation le temps de s'opérer.

Je ne désespère pas de voir nos fabricants nous fournir un jour ou l'autre une aiguille fine et longue conservant sa chaleur sur tout son trajet, par un dispositif quelconque, le passage d'un courant électrique par exemple; ainsi sera levée la grosse difficulté de l'application de la méthode des injections interstitielles de paraffine dans le coryza atrophique.

Si cette méthode tient ses promesses, nous serons heureux, pour notre part, d'avoir contribué à étendre le champ des applications du procédé de Gersuny, perfectionné par Eckstein, car il sera appelé à rendre d'immenses services à la classe si nombreuse et si délaissée des ozénateux.

SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE

Séance du 12 novembre 1901.

M. Schwabach. — Préparations d'un os temporal de sourd-muet mort de granulie.

Le tour de spire inférieur du limaçon était entièrement occupé par du tissu osseux ou cartilagineux, qui s'étendait en avant jusqu'au tour de spire moyen et en arrière jusqu'à la fenêtre ronde, où prédominait du tissu fibreux. Le labyrinthe membraneux persiste encore dans ses gros détails en avant vers le sommet, mais l'organe de Corti est complètement défiguré sans qu'on puisse dire si c'est par le même processus pathologique et par la décomposition cadavérique.

Quant aux lésions nerveuses de l'acoustique, — telles que absence de cellules ganglionnaires dans le ganglion spiral et dégénérescence secondaire de nombreuses fibres du nerf cochléaire, — elles sont de même très apparentes à la base du limaçon. La branche vestibulaire est peu atteinte; les canaux nerveux de la columelle sont ou bien complètement vides ou bien remplis de tissus fibreux. Schwabach croit qu'il s'agit ici des résidus d'une otite interne post-fœtale, survenue dans le cours d'une méningite cérébro-spinale. Le siège principal des lésions au voisinage de l'embouchure de l'aqueduc péri-lymphatique, par lequel l'infection a pu se faire, rend, en effet, cette supposition très vraisemblable.

M. Haike croit que certaines affections intra-utérines du cerveau et de ses enveloppes peuvent donner lieu à des lésions analogues; il en a, d'ailleurs, observé un exemple.

M. Katz a examiné les os temporaux de six sourds-muets. Il a trouvé surtout des lésions atrophiques au niveau du nerf cochléaire et de la lame spirale osseuse très amincie. Une fois, les canaux semi-circulaires manquaient complètement; d'autres fois, ils étaient remplis de néoformations osseuses très poreuses. Il croit qu'il s'était agi, dans tous ces cas, d'affections intra-utérines, et son expérience personnelle lui fait supposer que la surdi-mutité congénitale est plus fréquente que celle qui est due à la méningite cérébro-spinale de la première enfance.

M. Schwabach répond au Dr Katz qu'il a cru remarquer plutôt un épaississement assez notable de la lame spirale osseuse, au moins dans son cas.

M. Haike. — **L'anatomie du sinus carotidien et ses rapports avec les affections de l'oreille.**

La dénomination de sinus carotidien paraît mal choisie, et M. Haike propose celui de plexus carotidien. Il ne s'agit, en effet, pas d'un véritable sinus, c'est-à-dire d'une cavité remplie de sang, mais d'un lacis de veines qui entourent le vaisseau carotidien et dont quelques-unes, exceptionnellement, peuvent prendre un volume plus grand.

Séance du 10 décembre 1901.

M. Sonntag présente un **os temporal avec un golfe de la jugulaire très profond** s'étendant jusqu'au conduit auditif interne, et situé tout juste derrière le promontoire. Il présentait à ce niveau et en face du quadrant postérieur du tympan une déhiscence très nette, de telle façon qu'entre le tympan et la jugulaire il n'y avait plus que la mince lamelle muqueuse du promontoire. En comprimant la veine, on voyait le tympan se projeter en dehors, dans sa partie postérieure. La paracentèse aurait pu être très dangereuse.

Une deuxième préparation du même auteur montre à la place du tympan une plaque osseuse, perforée d'un petit pertuis. La plaque est fixée au promontoire par des travées osseuses. Rien d'anormal au labyrinthe ni aux canaux.

M. Trautmann rappelle que Stenger a publié des cas de déhiscences du promontoire conduisant sur les parois du golfe jugulaire. Lui-même a observé une fois une hémorragie à propos d'une paracentèse; elle n'a pas été très abondante parce qu'il a pu tamponner de suite; mais on n'aurait jamais pu croire à une déhiscence anormale du promontoire, tellement le tympan de la jeune fille dont il s'agissait ressemblait à tout autre.

M. Heine a traité une malade dont les deux tympans montrent d'une façon absolument symétrique une ombre gris bleuâtre, convexe en haut, et partant du bord inférieur du tympan. Il croit qu'il s'agit du bulbe transparaissant à travers la membrane; cependant, la compression de la jugulaire reste négative.

M. Jacobson insiste sur la rareté de ces faits; on n'aurait en tout publié que six cas de perforation du bulbe à propos de la paracentèse.

M. Treitel. — **Sur deux cas de brûlure de l'oreille moyenne.**

L'auteur insiste sur les différences qu'il y a entre les brûlures et les lésions purement traumatiques; chez les premières, il y

aurait une nécrose du tympan, qui pourrait être complète et donnerait très souvent lieu à une otite purulente. De plus, la surdité serait très prononcée dès les premiers jours; elle pourrait même être complète. Dans l'un des deux cas, la brûlure — toutes les deux ont, d'ailleurs, été occasionnées par de la vapeur surchauffée — avait amené une mastoïdite purulente.

M. Trautmann rappelle un cas de brûlure par du goudron à l'état de fusion. On avait fait un pansement pour les plaies de la tête, pansement qu'on avait renouvelé pendant plusieurs semaines sans voir que les deux oreilles suppuraient. L'une guérit vite, l'autre donnait lieu à des vertiges, des douleurs très fortes et des bourdonnements. Le fond du conduit était fongueux. Quelque temps après, on y trouve une espèce de membrane, qu'on prit pour le tympan, parce qu'elle se déplaçait au cathétérisme; mais les douleurs persistant, on fit l'évidement. Il y avait à la place du tympan un commencement de cholestéatome collé contre le promontoire et ayant déjà rempli toute la caisse.

M. Heine a vu une brûlure par du métal à lettres chaud chez un typographe. Il y avait eu mastoïdite; mais auparavant, il avait fallu récliner le pavillon pour aller extraire un éclat métallique qui s'était logé dans le fond du conduit.

M. Schwabach en a vu une à la suite d'un court-circuit avec étincelle très vive. Presque toute la membrane tympanique était détruite. Il n'y eut que peu de sécrétion. Le malade disait avoir ressenti d'abord de très fortes douleurs, puis des bourdonnements, enfin de la surdité (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LV, mars 1902).

Dr Bertemes.

SOCIÉTÉ
DES SCIENCES NATURELLES ET MÉDICALES DE DRESDE

Séance du 22 février 1902.

M. Graupner. — **De l'angine diphtéroïde** *(Ueber Angina diphteroides).*

L'angine diphtéroïde de Vincent est une affection peu connue et même rare en Allemagne. Ainsi que l'indique son nom, elle ressemble beaucoup à la diphtérie; mais cette ressemblance est purement extérieure et ne consiste que dans ce fait que l'une et l'autre de ces affections sont caractérisées par la production de membranes sur les organes pharyngés. Toutes les autres manifestations et l'évolution de chacune de ces maladies sont, au contraire, foncièrement différentes. L'angine diphtéroïde est due à un

bacille spécifique que les moyens d'examen les plus simples permettent de distinguer du bacille de Löffler. Par là, elle se distingue également de toutes les autres affections diphtéroïdes du pharynx, qui n'ont de commun qu'un caractère négatif : l'absence de bacilles spécifiques. Ce sont les angines lacunaires et nécrosantes qui surviennent soit isolément, soit au cours d'autres maladies infectieuses et dans lesquelles on trouve différentes variétés microbiennes. Me basant sur quelques cas que j'ai eu l'occasion d'observer, je vais donner ici une description des phénomènes cliniques et anatomiques de cette affection.

Dans un de ces cas, il s'agit d'un garçon ayant eu la diphtérie véritable au cours de laquelle on put obtenir le bacille de Löffler en culture pure. La diphtérie a guéri sans accidents, grâce au sérum. Après être resté quatorze jours apyrétique, le malade commença à se plaindre de nouveau de troubles de la déglutition. Les amygdales présentaient une tuméfaction modérée et étaient couvertes d'un dépôt blanc uni et adhérent. Les ganglions sous-maxillaires n'étaient pas tuméfiés, la température dépassait à peine la normale. Une nouvelle culture sur du sérum sanguin révéla de grandes quantités de bacilles diphtériques. On crut tout d'abord à une récidive de la diphtérie, quoique le peu de temps qui s'est écoulé depuis la première maladie rendît cette hypothèse peu probable; cependant, depuis l'introduction du traitement sérothérapique, les récidives de la diphtérie, pendant les premières semaines, ne sont pas bien rares, et différents auteurs ont montré que l'immunisation passive procure une immunité beaucoup moins durable que celle qui a été acquise d'une façon active.

La marche ultérieure montra cependant qu'il ne s'agissait pas de diphtérie. Après une nouvelle injection de sérum, la température est bien redevenue normale, mais le dépôt membraneux ne subit aucune modification et les amygdales, la droite surtout, se tuméfiaient de plus en plus. Les moyens locaux qu'on emploie habituellement contre la diphtérie restèrent également sans effet. Quelques jours après le début de la maladie, j'ai enlevé un morceau de membrane pour me rendre compte s'il s'agissait d'une inflammation fibrineuse comme dans la diphtérie vraie. Mais au lieu du réseau fibrineux, j'ai trouvé la membrane composée de quelques cellules épithéliales rares et de nombreuses bactéries pressées les unes contre les autres et qui, dans les points où elles étaient moins entassées, présentaient des mouvements très vifs, au point qu'on pouvait à peine distinguer leur forme. Quelque temps après, les mouvements s'atténuèrent, et on put voir

qu'il s'agissait de deux variétés microbiennes : des spirilles assez grosses, de forme serpentine; et d'un bacille long et mince se terminant par une pointe très fine, au delà de laquelle paraissait se trouver un appendice vibratil dont, à défaut d'une observation directe, on pouvait se rendre compte d'après les mouvements en tourbillon qu'il communiquait au milieu ambiant.

Tous les essais d'obtenir des cultures et des bactéries sont restés sans résultat, et quel que fût le milieu employé. Ces essais ont duré plusieurs semaines, pendant lesquelles les membranes persistaient malgré tous les procédés thérapeutiques mis en usage. Au milieu de l'amygdale droite se forma une ulcération qui devenait de plus en plus profonde et dont le fond était couvert d'une membrane bactérienne. Grâce à des nettoyages mécaniques journaliers et des applications de nitrate d'argent en solution, l'affection de l'amygdale gauche disparut peu à peu, et sur la droite, il ne restait plus que l'ulcération qui, d'ailleurs, était devenue stationnaire. Après un séjour de quatre semaines, le malade quitta l'hôpital pour se rendre aux bains de mer, où il finit par guérir complètement.

Vincent distingue deux formes de cette angine. L'une et l'autre débutent par l'apparition sur les amygdales d'une membrane unie et adhérente qui, dans quelques cas, rares d'ailleurs, s'étend jusqu'au voile du palais. Les ganglions sous-maxillaires sont le plus souvent tuméfiés, il existe de la dysphagie et une fièvre qui ne dépasse pas 39°. Tandis que dans la première de ces formes, la forme diphtéroïde simple, la membrane se ramollit bientôt pour disparaître progressivement, sans laisser de lésions plus profondes, on observe, dans la deuxième forme, la forme ulcéro-membraneuse, une ulcération consécutive à la nécrose de la muqueuse, et qui ne guérit que très lentement. Vincent put trouver un exsudat fibrineux dans les couches les plus profondes de la membrane. Nous désignerons la première de ces formes sous le nom de *croupale,* la deuxième sous celui de *diphtérique* (au sens anatomique du mot) ou *ulcéreuse*.

Le facteur étiologique de ces deux formes est le bacille mentionné plus haut auquel Vincent a donné le nom de bacille fusiforme, grâce à sa terminaison en pointe et à la légère enflure qu'il présente au milieu. Dans la forme diphtéroïde simple, ce bacille existe seul; dans la forme ulcéreuse, il est accompagné de la spirille décrite plus haut. Cette spirille ne serait pas spécifique, mais identique à celles qu'on trouve souvent dans la bouche, dans les dents cariées, etc. A elle seule, elle est incapable de pro-

voquer des phénomènes morbides. Mais lorsqu'elle est associée au bacille fusiforme, la virulence de ce dernier se trouve augmentée au point qu'il devient capable de produire une nécrose des tissus avec ulcération consécutive. La forme ulcéreuse serait, d'après Vincent, la plus fréquente; il l'a observée 15 fois sur 18 cas, et 3 fois seulement la forme diphtéroïde pure due au bacille fusiforme seul. Mes observations confirment ces données.

J'ai observé notamment dans le courant d'une seule année 5 cas, dont 4 à forme ulcéreuse et 1 seul à forme diphtéroïde; le cas cité plus haut fait partie de la première de ces catégories; un autre cas du même genre concernait un enfant ayant une scarlatine normale avec une légère angine. Au bout de la troisième semaine, la température avait atteint 39°; une des amygdales était très tuméfiée et couverte d'une membrane d'un jaune clair; le troisième jour, la température redevint normale, mais l'amygdale se tuméfia davantage et s'ulcéra au milieu; l'ulcération devint bien profonde et cratériforme, avait des bords déchiquetés, et on se trouvait en présence d'un tableau analogue à celui du carcinome de l'amygdale. Les douleurs dysphagiques, très fortes au début, se calmèrent et, grâce au traitement décrit plus haut, l'affection guérit au bout de quatorze jours environ. L'examen bactériologique révéla des bacilles fusiformes et des spirilles.

J'ai observé un autre cas analogue au cours de la coqueluche; l'ulcération, qui n'était pas bien profonde, guérit au bout de quatorze jours sans traitement aucun.

Mon quatrième cas concerne une jeune fille de quatorze ans qui depuis trois mois était atteinte de la forme ulcéreuse; je ne l'ai vue qu'une fois et ne puis rien dire sur la marche ultérieure de son affection.

C'est à un confrère que je dois l'observation d'un cas diphtéroïde simple; l'affection a été prise au début pour de la diphtérie, malgré l'absence de bacilles diphtériques. On ne voyait sur la préparation que les bacilles fusiformes en quantité énorme. L'affection avait disparu sans traitement au bout d'une semaine.

Le malade de la première observation eut une récidive après son retour des bains de mer : il se forma une ulcération très profonde qui ne guérit définitivement qu'au bout de six semaines de traitement très énergique au nitrate d'argent.

Les phénomènes locaux ont donc été très rebelles dans certains cas; par contre, les phénomènes généraux, à part une légère fièvre, ont manqué complètement.

Je vais dire quelques mots sur les propriétés des bactéries en

question. Le bacille fusiforme se colore faiblement avec la fuchsine et le bleu de méthylène; un peu mieux avec la fuchsine phéniquée faible. On reconnaît alors au milieu du fuseau un espace clair, ce qui peut le faire considérer comme formé de deux pyramides réunies par leurs bases. On trouve aussi des lacunes en d'autres points; d'après Vincent, ce seraient des vacuoles. Avec la fuchsine phéniquée concentrée on obtient une coloration régulière et un tableau moins caractéristique.

La spirille se colore moins bien que le bacille; sa coloration réussit surtout avec une solution aqueuse étendue de violet de gentiane à laquelle le bacille est également très sensible. Lorsqu'on laisse agir cette solution pendant un temps suffisamment long ou qu'on la réchauffe un peu, la coloration de la spirille devient très nette; le bacille présente également dans ces conditions une coloration exagérée, comme à la suite de l'action de la fuchsine phéniquée concentrée.

Ni les bacilles ni les spirilles ne se colorent par le procédé de Gramm. Les grains d'amidon qui se trouvent dans les champignons bourgeonnants de la cavité buccale n'ont pu être mis en évidence par la réaction iodée.

Vincent dit que les microbes en question présentent des mouvements qui sont quelquefois faibles, d'autres fois exagérés; quant à moi, je n'ai toujours observé que des mouvements très vifs. Le bacille fusiforme serait, d'après Vincent, peu ou pas mobile. Dans les cas que j'ai observés, il était toujours très mobile. Ces différences s'expliquent peut-être par ce fait que les bacilles, dont la mobilité est très grande au moment même où ils passent de l'amygdale sur le microscope, diminuent aussitôt considérablement, pour disparaître au bout de vingt minutes environ. Elle se conserve le mieux dans l'eau ordinaire et diminue déjà dans la solution salée physiologique; elle disparaît très rapidement dans le sérum sanguin.

Comme il m'a été impossible d'obtenir des cultures de ces microbes, je n'ai pu pratiquer des expériences sur les animaux que dans une mesure très restreinte. Les cobayes, les rats, etc., auxquels on a fait des injections sous-cutanées avec des matières empruntées aux amygdales, n'ont pas présenté de phénomènes bien graves. Il se formait quelquefois au point de l'injection un abcès dans lequel on trouvait, à côté des cocci, des bacilles fusiformes; ces derniers se maintenaient pendant quelque temps dans le pus et se vidaient avec lui une fois l'abcès ouvert. Les spirilles périssaient toutes sans exception dans les organismes des animaux.

Le bacille paraît donc pouvoir résister, jusqu'à un certain degré du moins, aux moyens de défense de l'organisme animal, sans toutefois produire de troubles pathologiques notables. Je ferai toutefois observer que même chez l'homme le bacille ne se montre pas toujours pathogène; Vincent l'a souvent trouvé dans la bouche d'individus sains, et M. Rahn, autrefois assistant à l'hôpital des enfants de Leipzig, l'a souvent trouvé dans la bouche d'enfants sains ou atteints d'affections quelconques.

Vincent a trouvé, en examinant des coupes d'amygdales atteintes, que le bacille fusiforme se trouve exclusivement dans les couches profondes de la membrane, qu'il s'insinue dans le tissu sain où il provoque une inflammation fibrineuse. Les spirilles ne se trouvent que dans les couches superficielles, dans lesquelles pénètrent plus tard des bactéries venant de la bouche, et c'est alors que la membrane commence à se ramollir. Ces particularités me semblent prouver que c'est réellement le bacille fusiforme qui provoque l'affection, et qu'il ne constitue pas un hôte accidentel sur un terrain dont la destruction aurait été commencée par d'autres variétés microbiennes. Ce n'est là qu'une supposition, mais qui a pour elle toutes les probabilités, et qui ne pourrait devenir une certitude que s'il était possible de provoquer la même affection à l'aide de l'inoculation de cultures pures.

Les spirilles jouent un rôle singulier dans cette affection, car elles ne possèdent aucun caractère pathogène, périssent immédiatement dans l'organisme animal et ne peuvent même pas pénétrer dans sa profondeur en même temps que le bacille, mais restent à la surface. Elles n'en possèdent pas moins une action pathologique, puisque nous avons vu que leur présence est nécessaire pour qu'il se produise une ulcération. Ce fait ne peut s'expliquer qu'en admettant avec Vincent que la présence des spirilles augmente la virulence des bacilles, ce qui a pour résultat une lésion plus profonde des tissus. Ces actions synergétiques de différentes variétés microbiennes constituent un chapitre de la pathologie dont l'importance a beaucoup augmenté ces dernières années et augmentera probablement davantage à l'avenir. Nous savons tous l'action défavorable que la rougeole ou la coqueluche exercent sur la tuberculose par exemple; nous soupçonnons que la marche défavorable de la tuberculose pulmonaire est due, dans beaucoup de cas, à l'infection coccidienne intercurrente. Mais nous ne savons pas de quelle façon ces infections secondaires exercent leur action funeste sur le processus tuberculeux : est-ce en augmentant la virulence des bacilles tuberculeux ou en diminuant la vitalité des tissus,

de défense ou enfin en épuisant les moyens spécifiques ? Dans l'angine diphtéroïde, nous avons un exemple assez net de cette action synergétique de différentes variétés microbiennes, et c'est pourquoi l'étude de cette affection n'est pas sans intérêt au point de vue de la pathologie générale; son importance pratique est beaucoup moindre et consiste seulement dans la facilité avec laquelle on peut confondre cette affection avec d'autres plus graves, si l'on ne pratique pas l'examen bactériologique. L'affection elle-même est légère, peu dangereuse et rare. Il est possible, toutefois, que maintenant que l'attention se trouve attirée sur elle, elle devienne plus fréquente.

M. Baron. — Dans l'orphelinat que je dirige, les angines membraneuses et exsudatives non diphtériques s'observent assez souvent. Dans les deux dernières années, j'en ai observé 80 cas environ, et dans trois d'entre eux, l'examen microscopique m'a montré la présence de spirilles et de bacilles fusiformes. Je ne puis que confirmer les faits exposés par M. Graupner, notamment en ce qui concerne les résultats négatifs fournis par les inoculations.

L'affection s'est produite chez les trois enfants d'une façon subite, sans symptômes généraux, sans fièvre, sans tuméfaction ganglionnaire ni dysphagie. Elle ne fut constatée que d'une façon tout accidentelle, grâce à l'habitude que nous avons d'examiner aussi souvent que possible la bouche des enfants. Je n'ai pas encore pu essayer les applications de bleu de méthylène en substance recommandées récemment par Vincent. Au point de vue étiologique, l'hypertrophie des amygdales ou l'action du froid peuvent être mis hors de cause; il s'agit plutôt d'une certaine prédisposition. La contagiosité de l'affection est minime, attendu que d'autres enfants qui souffraient en même temps d'angine ou de pharyngite en ont été épargnés, et cela malgré un isolement tout à fait insuffisant. L'affection est d'un caractère sporadique, mais frappait surtout les enfants qui, antérieurement, ont eu une angine lacunaire ou membraneuse. (*Münch. med. Wochens.*, n° 17, 1902.)

Dr S. Jankelevitch.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'intubation du larynx dans les sténoses laryngées aiguës et chroniques de l'enfant et de l'adulte, par le Dr A. Bonain, chirurgien adjoint de l'hôpital civil de Brest, chargé du service spécial des affections de la gorge, du nez et des oreilles.

M. Bonain, pensant que rien de ce qui touche au larynx ne doit être étranger au laryngologiste, s'est attaché, de-

puis plusieurs années déjà, à l'étude de l'intubation, qu'il a contribué à faire adopter, dans le traitement du croup, par les hôpitaux de Paris. Après une série d'articles concernant cette intervention, trop négligée peut-être par notre spécialité, il nous présente aujourd'hui, sous forme de traité, un ensemble aussi complet que possible de la question, étudiée au point de vue général, du traitement des laryngosténoses aiguës et chroniques de l'enfant et de l'adulte.

L'ouvrage débute par un historique de l'intubation : tentatives avortées de Bouchut; expériences d'O'Dwyer; histoire de l'intubation en France; ses débuts dans la pratique privée; son adoption par les hôpitaux de province, d'abord, de Paris, ensuite; enfin, résumé des divers procédés de dilatation des laryngosténoses chroniques; tels sont les points principaux de cet intéressant chapitre.

L'idée du chapitre suivant est, à notre avis, des plus heureuses. Exposé succinct de l'anatomie et de la physiologie du larynx dans ses rapports avec l'intubation; il permet au praticien de se remettre rapidement en mémoire les connaissances indispensables. Il lui apprend, en outre, comment le larynx se comporte vis-à-vis du tube d'O'Dwyer; quels rapports celui-ci affecte avec le conduit laryngo-trachéal, et comment il y est fixé; toutes choses importantes à connaître pour les médecins désireux de pratiquer l'intubation.

L'ouvrage se divise ensuite en trois parties :

1° *De l'intubation du larynx chez l'enfant, surtout considérée en cas de croup;*

2° *De l'intubation dans les sténoses laryngées de nature diverse, chez l'enfant et chez l'adulte;*

3° *Des emplois accessoires de l'intubation.*

Dans la première partie, sont décrits, au chapitre premier, les instruments d'O'Dwyer : tubes et instruments d'introduction et d'extraction. L'auteur insiste sur les détails de construction dont chacun a sa valeur, le rôle des instruments étant, dans cette intervention, des plus importants, et bien des déboires éprouvés trouvant leur explication dans l'emploi d'instruments défectueux.

Sont ensuite passées en revue les modifications diverses apportées à ces instruments. Leur appréciation peut être ainsi résumée : beaucoup d'entre elles reproduisent des défauts déjà corrigés par O'Dwyer, au cours de ses expériences; d'autres ne présentent pas d'avantages aussi bien marqués.

Le chapitre II est consacré à la technique de l'intubation chez l'enfant, et aux diverses modifications apportées à la technique d'O'Dwyer.

Le chapitre III traite de la durée de séjour dans le larynx; du retard ou de l'impossibilité de l'extraction définitive du tube; du *tubard*, ainsi appelé par analogie avec le *canulard* de la trachéotomie.

Le chapitre IV concerne l'étude des accidents opératoires et des complications dont la longueur d'exposition n'est pas en rapport avec la gravité ni surtout la fréquence.

Le chapitre V nous donne un parallèle entre la trachéotomie et l'intubation : simplicité, innocuité, acceptation plus facile, durée moins longue du traitement, accidents moins graves, conséquences proches ou éloignées moins sérieuses, enfin résultats nets, supérieurs aussi bien à l'hôpital qu'en ville, avant comme depuis le sérum; tels sont les avantages de l'intubation. Des statistiques nombreuses et sérieusement établies viennent à l'appui de cette supériorité de l'intubation, aujourd'hui acceptée sans conteste à peu près partout.

L'emploi de l'intubation en clientèle se répand peu à peu. Il permettra de sauver nombre d'existences, car la trachéotomie est relativement très peu pratiquée en clientèle, dans le traitement du croup et des diverses laryngosténoses qui le simulent. Or, actuellement encore, la nécessité d'une intervention opératoire dans le croup se rencontre dans une proportion de 33 à 60 % des cas observés, soit dans la clientèle, soit à l'hôpital. La possibilité d'accidents, très rares avec l'emploi des instruments d'O'Dwyer, ne doit pas faire renoncer aux grands avantages de l'intubation.

Si cette première partie doit intéresser tout médecin pouvant être appelé à conjurer d'urgence le péril d'asphyxie

ɛ un enfant atteint d'une affection aiguë du larynx, la
ɔnde ne peut manquer d'attirer plus particulièrement
ention du spécialiste, par ses chapitres traitant de l'in-
ation chez l'adulte et de son emploi dans les laryngo-
ɔses chroniques si variées de l'adulte et de l'enfant.
près une description des instruments servant à l'intu-
on de l'adulte, sont exposés la technique spéciale à cet
, les accidents et complications, enfin les indications de
ubation.
uis, l'intervention est étudiée à deux points de vue nette-
ıt différenciés : 1° comme intervention d'urgence dans
laryngosténoses aiguës ou menaçantes; 2° comme mé-
le de traitement des sténoses chroniques ou non
açantes.
ɔmme intervention d'urgence, l'indication de l'intubation
étudiée dans les traumatismes du larynx (plaies, brû-
s, corps étrangers); dans les lésions inflammatoires
ples, dans les affections laryngées ou périlaryngées
ıés de nature infectieuse (érysipèle, phlegmon laryngé,
ndrites et périchondrites, fièvres éruptives, fièvre ty-
ïde, syphilis), dans les œdèmes laryngés, dans les
ngosténoses d'origine nerveuse (spasme de la glotte,
ngite striduleuse, coqueluche, hystérie, tabes, spasmes
exes).
ɔmme méthode de traitement des sténoses chroniques,
distinction est faite selon qu'il s'agit d'une sténose pré-
ée ou non de trachéotomie. Puis sont passées en revue
indications de l'intubation dans les laryngosténoses liées
ı tuberculose, au sclérome, aux néoplasmes, à la para-
e des dilatateurs glottiques et à l'ankylose des articu-
ɔns crico-aryténoïdiennes, résultant d'une compression
ɛrieure, dans les sténoses cicatricielles survenant à la
e de lésions du larynx dans le cours de la fièvre ty-
ïde, la rougeole, la variole, la diphtérie, la syphilis.
es laryngosténoses chroniques à traiter après ouverture
la trachée offrent des indications encore plus nettes et
ns aléatoires. L'emploi de l'intubation pour délivrer de
· canule les sujets trachéotomisés est en quelque sorte

devenu classique. Ses résultats sont parfois d'une rapidité imprévue, même après échec des moyens de dilatation anciennement employés.

De nombreux exemples de traitement de laryngosténoses aiguës ou chroniques, empruntés à divers auteurs, sont répandus dans cette partie de l'ouvrage et contribuent à lui donner un intérêt réellement pratique.

La troisième partie, assez brève, concerne les emplois accessoires de l'intubation :

1° Comme moyen auxiliaire de la trachéotomie. D'après Bokai, l'intubation précédant la trachéotomie est une méthode d'importance pratique considérable, par le fait même que, pendant l'opération, le libre passage de l'air se trouve maintenu. Elle est une sauvegarde contre l'asphyxie, diminue les chances d'hémorragie en régularisant la circulation du champ opératoire et fournit au bistouri un guide précieux.

2° Comme moyen de diagnostic des sténoses laryngo-trachéales. Dans le doute sur le siège de la sténose, l'intubation, par le soulagement apporté ou non à la dyspnée, donne des indications utiles au diagnostic et au traitement.

3° Enfin, comme moyen de pratiquer la respiration artificielle et l'anesthésie générale après tamponnement du larynx dans les opérations portant sur le pharynx et les fosses nasales. Sont décrits les appareils de Fell et O'Dwyer, l'appareil de Doyen et celui de Van Stockum. (In-12 de 264 pages, avec 46 figures dans le texte. F. Alcan, éditeur. Paris, 1902.)

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

NEZ ET PHARYNX NASAL

Sur trois cas de rhinelcose (ulcération d'une narine) coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle, par MM. Pierre MARIE et G. GUILLAIN.

Ces auteurs ont observé trois cas de rhinelcose, accompagnés d'abolition des réflexes rotuliens; l'examen microscopique de la moelle a démontré, chez deux d'entre eux, des

lésions de sclérose des cordons postérieurs, comme on en rencontre dans le tabes extrêmement léger.

Les auteurs ne peuvent se prononcer sur la nature de la destruction narinaire, car deux de ces malades avaient eu la syphilis; ils croiraient cependant à un processus syphilitique ayant déterminé à la fois et l'ulcération de la narine et la sclérose des cordons postérieurs. Sur le même sujet, M. Hallopeau croit que l'altération médullaire serait une lésion de dégénérescence secondaire ascendante; M. Daulos croit que l'ulcus rodens que l'on constate à la racine du nez suffit à rendre compte de toute la lésion cutanée. (*Bull. méd.*, n° 16, 1902.) Dr Mercier Bellevue.

LARYNX ET TRACHÉE

A propos de la « laryngite tachetée et de sa localisation sur les bandes ventriculaires » *(Zur Kenntnis der « fleckweisen Kehlkopfentzündung und isolierten flechweisen Taschenlippenerkrankung »)*, par le Dr Richter.

Fränkel, en 1890, et Glatzel, en 1901, en ont publié les deux premières observations. L'auteur en rapporte quatre autres, dont les deux premières surtout ont pu être prises en détail.

La première concerne un musicien qui sort d'une salle surchauffée dans un jardin encore couvert de neige. Il ressent de suite un fort picotement dans la gorge et de la dysphagie intense. La voix est voilée; il y a de là toux et des douleurs vers les oreilles le lendemain, quand il vient se faire examiner. On pensait à une angine, mais rien d'anormal dans l'oro-pharynx. La laryngoscopie montre des cordes vocales blanches; les bandes ventriculaires, gonflées, sont parsemées de taches blanc jaunâtre, très nombreuses et très fines, comme si on les avait mouchetées au pinceau mouillé. Il n'y eut pas de fièvre. Le jour après, les taches se ramassent, deviennent confluentes et jaunes. La paroi pharyngienne latérale se prend aussi; le quatrième jour, tout est fini.

La deuxième observation, de même que la troisième, n'est que la répétition de la première, à part que les points

blancs se sont plutôt condensés sous une forme plus large, et qu'il y a eu de petites hémorragies à leur chute.

Dans la quatrième, les cordes vocales et la trachée se prennent de la même manière que les bandes ventriculaires.

Fränkel avait désigné cette affection sous le nom de « laryngite grippale ». L'auteur ne croit pas à sa nature grippale, bien qu'il ne l'ait vue que pendant les mois où règne la grippe, parce que le tableau clinique n'est pas resté toujours identique dans les quatre cas et qu'il n'y a pas eu d'autres symptômes d'infection grippale. Il proposerait la désignation de « laryngite maculeuse » *(maculosa)*.

Etiologiquement, il faudrait faire intervenir le refroidissement, après une forte transpiration, et l'infection; l'incubation serait de deux à trois jours; la durée de trois à sept. Comme symptômes, des frissons sans fièvre (?), une sensation de picotement dans la gorge, de la difficulté à respirer dans la position couchée, des accès de toux et un peu de dysphonie. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, févr. 1902.)

Dr Bertemes.

OREILLES

Un cas d'épilepsie jacksonienne résultant d'une affection de l'oreille, par le Dr de Champeaux.

Tous les médecins se rappellent comment le professeur Dieulafoy battait en brèche la théorie des localisations cérébrales à la suite d'une autopsie dans laquelle il ne découvrit rien du côté des centres moteurs ni de l'hémisphère cérébral gauche, mais une tumeur syphilitique gommeuse située dans la région frontale antérieure du cerveau gauche d'un malade qui avait présenté des signes d'épilepsie jacksonienne.

L'observation suivante du Dr de Champeaux vient s'ajouter pour réfuter encore la communication du professeur Dieulafoy.

Un jeune homme de seize ans, atteint d'otorrhée gauche, présente des phénomènes cérébraux tels qu'il ne peut continuer son métier de maçon : il ne peut rester en

place, est continuellement en mouvement, garde difficilement son équilibre et trébuche à chaque pas; l'intelligence est conservée, mais il bredouille en parlant. De plus, à droite, la figure grimace, le bras s'agite, le pied frappe le sol; bref, il présente des signes très nets d'épilepsie jacksonienne, dépendant probablement d'une lésion de l'hémisphère cérébral gauche, l'otorrhée étant abondante à gauche. A l'examen, on constate, au fond du conduit, un polype volumineux, puis l'examen complet nous montre d'énormes amygdales et de volumineuses végétations.

Après traitement, le polype est enlevé, les végétations curettées, mais un raclage du fond de l'oreille amène sur une surface osseuse rugueuse qui doit être un point carié. Sous l'influence du traitement, les symptômes nerveux diminuent à mesure que la suppuration devient moins abondante. Enfin, après deux mois de traitement, le point carié est éliminé, le fond du conduit sec et sclérosé et, chose importante, le malade, complètement transformé, a pu reprendre son métier de maçon, car il n'a plus aucun signe d'épilepsie jacksonienne.

D'après l'auteur, l'oreille du malade en question offrait une source d'infection suffisante pour causer des lésions à distance, et cette infection, se transmettant aux centres nerveux par les canaux lymphatiques et vasculaires qui traversent le toit de la caisse, provoquait les troubles nerveux que l'on pourrait qualifier de méningisme.

L'auteur insiste sur la rareté de phénomènes semblables comme conséquence d'une lésion de l'oreille, et montre que, dans cette observation, les lésions irritatives ont seules été causes des symptômes si nets d'épilepsie jacksonienne constatés chez ce malade. (*Archiv. internat. de laryngo-oto-rhinol.*, n° 6, 1901.)

Dr Mercier Bellevue.

Bordeaux. — Impr. G. Gouvouilhou, rue Guiraude, 11.

23e ANNÉE. N° 26. 28 JUIN 1902.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

ACCIDENTS MÉNINGITIFORMES D'ORIGINE OTIQUE
SIMULANT UN ABCÈS DU CERVEAU
ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN. GUÉRISON[1]

Par le Dr **MASSIER**, de Nice.

L'apparition, au cours d'une otite moyenne suppurée, de troubles encéphaliques fait penser presque immédiatement à un abcès cérébral ou à une méningite suppurée, sans qu'on s'attarde à rechercher d'une façon systématique l'association de tous les symptômes nécessaires à un diagnostic absolu. Il est pourtant indispensable de ne pas conclure trop hâtivement, car la symptomatologie des complications endocraniennes est sensiblement la même dans des affections de nature différente. Le diagnostic de l'abcès cérébral est très difficile, et l'opération, qui dans tous les cas s'impose, ne permet pas toujours de rencontrer une collection purulente dont on avait assuré l'existence, sur la foi de phénomènes bruyants, pathognomoniques presque. Chez une de nos malades (dont nous donnons l'observation détaillée plus bas), l'erreur s'est produite à plusieurs reprises. Une fois on avait porté le diagnostic de méningite suppurée, trois fois celui d'abcès du cerveau et, cependant, nous n'avons trouvé à l'opération, comme nous le supposions, que de la carie de la

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1902.

caisse et de l'aditus occasionnant des troubles méningitiques simulant un abcès du cerveau :

Observation. — Mlle Suz. M..., vingt ans. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'antécédents personnels. Maladie actuelle : en 1893, à la suite d'un violent coryza, la malade est prise de fortes douleurs de l'oreille gauche, qui cessent à l'apparition d'un écoulement sanguinolent; lavages à l'eau boriquée et à l'eau de camomille!... Cette otorrhée se reproduit à intervalles irréguliers, toujours sanguinolente au début. L'acuité auditive est émoussée, les bourdonnements continuels.

En 1900. — Après des périodes de cessation et de réapparition de l'écoulement, douleurs atroces, beaucoup plus accentuées qu'antérieurement, qui durent pendant un mois, jusqu'au jour où un écoulement de sang assure un nouvel écoulement. Pus peu abondant et fétide.

En 1901. — Violents maux de tête, sans localisation bien nette, surtout pénibles en avril et mai.

10 juin. — Réapparition de douleurs auriculaires intolérables. La malade se couche en proie à une violente fièvre.

14 juin. — Vomissements bilieux, aqueux, revenant plusieurs fois dans la journée et très fatigants. Anorexie. Perte de connaissance qui se reproduit par crises de quinze à vingt minutes toutes les deux heures environ et pendant cinq jours. Une crise qui dure cinquante-cinq minutes, plus inquiétante, avec de petits cris, gémissements et refroidissement de tout le corps, fait croire à du coma définitif, et ce n'est qu'après de vigoureuses frictions à l'eau vinaigrée que cet état disparaît. Pas de convulsion, pas d'agitation, pas de délire. Oppression assez prononcée. Légers troubles de la vue : l'examen du fond de l'œil n'est pas pratiqué. La malade ne peut quitter le lit à cause de violents vertiges. Il lui est impossible de soulever la tête sur l'oreiller. Raideur de la nuque, le cou est fortement tendu en avant. Hyperesthésie cutanée généralisée.

Pas d'écoulement auriculaire; toute la région périauriculaire est douloureuse au toucher.

Le même jour, on applique des sangsues à la région mastoïdienne, et les symptômes diminuent d'intensité.

15 juin. — Les mêmes phénomènes que la veille réapparaissent plus violents, en même temps qu'un gonflement périauriculaire généralisé. Le pavillon est décollé. Toute la moitié correspondante de la face est œdématiée; les paupières sont tuméfiées. En arrière,

gonflement jusqu'au milieu de l'occipital, avec douleurs hémicraniennes insupportables. Toute la tête est douloureuse au toucher. Fluctuation au niveau du gonflement. Léger écoulement auriculaire, qui fait poser le diagnostic de complication d'origine otique sans précision de siège.

25 *juin*. — Première opération : la malade est transportée à l'hôpital, et l'on pratique une première incision oblique, de haut en bas et d'avant en arrière, au niveau de la fosse temporale, de 4 centimètres de long à 2 centimètres et demi en arrière du sillon rétro-auriculaire, et une seconde incision à 3 centimètres plus bas, faisant suite à la première. C'est donc une incision de Wilde très postérieure. Issue de pus très fétide en grande quantité.

Une tentative de trépanation (dont nous retrouverons la marque à notre opération), purement superficielle, est faite au niveau du sinus latéral, dans la fosse cérébelleuse. On craignait un abcès qu'on a voulu attaquer par cette voie, mais, l'os étant sain, on n'a pas poussé la trépanation au delà du premier coup de gouge.

On établit un drain de caoutchouc passant entre les deux incisions.

Après l'opération, amélioration assez rapide des symptômes les plus graves pendant une dizaine de jours; la fièvre tombe, mais la douleur de tête persiste.

8 juillet. — Sortie de l'hôpital.

Les plaies rétro-auriculaires se referment, et un nouvel abcès ostéo-périostique du temporal se déclare, mais moins étendu que le premier.

3 août. — Réouverture de l'incision inférieure, recherche infructueuse, à la pointe de la mastoïde, d'un foyer d'ostéite. Pansement à la gaze iodoformée. Amélioration plus complète, avec disparition des douleurs pendant deux mois environ.

23 octobre. — Nouvelles douleurs d'oreille, avec prostration, faiblesse ; la malade est obligée de s'aliter.

27 octobre. — Céphalée violente au niveau de l'occipital; contact et pression douloureux; hyperesthésie cutanée. Fièvre modérée, gonflement douloureux, léger empâtement, sans fluctuation, jusqu'à la nuque. Paralysie complète du bras gauche et de tout le côté gauche du corps, survenue brusquement, sans douleurs. La malade ne peut absolument pas se tourner dans son lit, et le côté gauche est douloureux. La préhension, les mouvements du pied et des orteils sont impossibles. Les membres sont froids, mais la sensibilité est conservée plutôt exagérée. Cet état dure trois jours. Frictions vigoureuses au baume de Fioravanti. Les mouvements, un peu lents au début, sont

complets au cinquième jour après le début; raideur de la nuque. Les symptômes généraux sont moins accusés qu'avant la première opération, mais tout aussi tenaces, et le diagnostic d'abcès du cerveau est posé pour la troisième fois par un de nos confrères qui juge le cas désespéré et n'envisage pas l'opportunité d'une opération qui serait fatale. Les parents décident alors d'aller faire opérer la malade à Marseille ou à Montpellier, dans un service de clinique chirurgicale. Sur ces entrefaites, nous sommes appelé en consultation par la famille, qui nous demande conseil sur la possibilité d'un déplacement de la malade.

11 novembre. — Nous examinons la jeune fille pour la première fois. Assise dans son lit, la tête légèrement projetée en arrière, la malade est pâle, anémiée, abattue, triste par la connaissance de son affection et du pronostic. Il y a de l'empâtement rétro-auriculaire et une hyperesthésie du cuir chevelu jusqu'au milieu de l'occiput. A notre visite, il n'y a pas de phénomènes bien nets de complications endocraniennes. La vue est très peu troublée, un peu de vertige. Le pouls est un peu rapide, la fièvre insignifiante. Nous examinons l'oreille gauche et nous trouvons une large perforation du quadrant postéro-supérieur donnant accès dans l'attique cariée, à pus rare, très fétide. Cette perforation est fibreuse sur ses bords. Le reste du tympan est en bon état. Le Valsalva, le Politzer, le cathétérisme ne donnent pas passage à l'air; les lavages auriculaires ne passent pas par la trompe d'Eustache.

Audition à la montre: o,o. Bourdonnements assez prononcés.

La région rétro-auriculaire est très douloureuse au niveau de l'attique, de l'antre et de la pointe de la mastoïde; la pression réveille des douleurs jusqu'à la nuque; les cicatrices des incisions antérieures sont très sensibles.

L'haleine est fétide, et nous trouvons des abcès périostiques autour de trois racines de dents cariées. Les amygdales sont très rouges, érythémateuses, avec quelques points pultacés; tous ces derniers jours, la malade a beaucoup souffert de la gorge. Dans le nez congestion intense et coryza à la période d'état.

Nous n'avons pas de symptômes suffisants pour croire à un abcès du cerveau et nous croyons à des phénomènes réflexes par rétention purulente dans l'antre, la caisse et les cellules mastoïdiennes. Nous prescrivons des lavages au lysol à 2/1,000, de la glycérine phéniquée en instillations; de la pommade nasale mentholée et des lavages de bouche au phénosalyl.

12 novembre. — Nous agrandissons la perforation pour donner issue au pus qui, depuis les lavages au lysol, sort plus abondant.

Incision de toute la partie postérieure du tympan; la partie inférieure de la perforation préexistante est très dure.

13 novembre. — Les symptômes disparaissent progressivement; mais, pour éviter la récidive, nous conseillons l'opération radicale, qui est acceptée, d'autant plus que notre diagnostic n'est pas : abcès du cerveau.

Nous attendons quatre jours que la gorge et le nez soient en bon état.

18 novembre. — Troisième opération : évidement pétro-mastoïdien, pratiqué avec le concours éclairé de nos distingués confrères les Dᵐ Schmid et Malausséna. Incision à un demi-centimètre en arrière du sillon rétro-auriculaire, circonscrivant tout le pavillon, jusqu'à la pointe de la mastoïde. Pas d'ostéite. Trépanation au lieu d'élection, en arrière de l'épine de Henle, très visible. On tombe sur une apophyse éburnée et on arrive péniblement à trouver l'antre réduit à la grosseur d'un grain de mil. Pas de pus, ni de fongosités, ni de carie. Une cellule mastoïdienne très saine est vue à la partie inférieure de l'antre. On va alors vers l'attique, à travers l'aditus, que l'on fait sauter. Curettage soigneux de fongosités, de points de carie fétide. Pendant l'opération, on ne constate aucune contracture spasmodique dans le territoire du facial. L'opération est arrêtée là : pansement à la gaze iodoformée. Au réveil de la malade, on constate une légère paralysie faciale.

Au bout du cinquième jour, le pansement est enlevé; pas d'odeur fétide.

Dès le lendemain de l'opération, les douleurs céphalalgiques ont totalement disparu. Les pansements, faits régulièrement tous les jours pendant deux mois et demi, n'offrent rien de particulier, sauf, de temps en temps, une très petite gouttelette de pus odorant venant d'un foyer d'ostéite que nous surveillons et croyons avoir limité.

20 février 1902. — L'épidermisation est presque complète; l'acide borique dont nous remplissons le conduit est à peine humide et nous considérons la malade comme définitivement guérie.

22 février. — La malade ressent quelques douleurs dans la mastoïde, avec œdème périauriculaire. La nuit est mauvaise tellement les douleurs sont vives; au matin seulement, la malade s'endort, les phénomènes douloureux s'étant presque subitement calmés.

23 février. — La malade, que nous n'avions pas revue depuis quatre jours, nous raconte l'incident ci-dessus; nous trouvons sur la gaze qui obturait les deux conduits, naturel et opératoire, du pus sanguinolent ayant complètement dissous l'acide borique qui

remplissait le conduit. Pas d'odeur. Nous trouvons que cet écoulement vient d'un abcès qui s'est ouvert à la partie postéro-supérieure, vers la fente de l'aditus. On sent de la nécrose osseuse à ce point-là. L'œdème et les douleurs disparaissent; un peu de céphalalgie persiste.

24 février. — Pansement; tout l'épiderme néo-formé n'existe plus et la plaie opératoire est à vif.

Les jours suivants, les faits rentrent dans l'ordre et la cicatrisation se poursuit régulièrement.

Fin avril. — L'épidermisation est complète de toute la cavité opératoire. Les bourdonnements, qui étaient constants avant l'opération, ont disparu. L'audition à la montre, qui, avant notre intervention, était nulle, s'est améliorée, et l'oreille perçoit le tic-tac à 10 centimètres.

La région mastoïdienne a repris sa coloration, sa forme normale. On ne réveille à la pression aucun point douloureux. Toute céphalalgie, a disparu et l'état général va tous les jours s'améliorant. La guérison est donc définitive et complète à tous les points de vue. La paralysie faciale a complètement disparu.

Réflexions. — Notre observation comporte un enseignement précieux : c'est qu'en présence de troubles encéphaliques d'origine otique, il ne faut pas conclure trop précipitamment à l'existence d'une méningite suppurée ou d'un abcès du cerveau. L'opération ne confirme pas toujours heureusement pareil diagnostic, et l'intensité des symptômes n'est pas toujours proportionnelle à la gravité des lésions. L'erreur cependant est assez fréquente, et la littérature otologique abonde de faits semblables au nôtre, qui ont dérouté le diagnostic des meilleurs auristes et des neurologistes les plus réputés; tel est le cas qu'ont publié tout récemment Broca et Laurens, dans lequel on ne trouva pas à l'opération l'abcès du cerveau qu'avaient diagnostiqué d'une façon presque absolue nombre d'auristes et de neurologistes de valeur. D'autres observations analogues d'Imbert, de Montpellier, de Tuffier, viennent confirmer la difficulté du diagnostic de la complication endocranienne au cours d'une otite suppurée. Nous trouvons aussi la relation de deux cas de Ropke (*in Ann. des mal. de l'oreille,*

janvier 1902), dans lesquels la trépanation mastoïd
la ponction blanche du cerveau amenèrent la guériso
dents généraux qui avaient imposé le diagnostic d'a
cerveau. Chavasse (*in La Parole,* janvier 1902) do
observation à peu près identique. On voit donc par l
de ces observations combien le diagnostic des comp
endocraniennes de l'otite moyenne suppurée est
d'autant plus que la nature des symptômes obs
rapporte à de nombreux états morbides, qui sont en
justiciables d'une même thérapeutique, la trépanati
toïdienne.

Il y a peu de différence, en effet, entre les phénom
l'on rencontre au cours d'un abcès cérébral et ceu
méningite séreuse, d'une méningite aiguë ou du ménl
Que de fois une méningite séreuse a été prise pour u
cérébral! Nous connaissons la très intéressante obs
de Lecène (*in Rev. de chir.,* 10 janvier 1902) : les syn
étaient ceux de l'abcès encéphalique; la ponction c
bilatérale donna issue à une grande quantité de
céphalo-rachidien et le malade guérit radicalement. Le
de Broca et Laurens (*in Ann. de laryngol.,* janvi
présentait tous les symptômes d'une collection s
intra-cranienne et guérit après l'évacuation de
céphalo-rachidien. De même, dans le méningism
retrouvons une symptomatologie à peu près identiqu
produite par l'abcès encéphalique. Dupré (*in Traité
Debove-Achard*) a bien défini l'aspect de cet état
dans lequel « des influences nerveuses, d'ordre tox
réflexe, mettent en jeu la série des symptômes ordina
provoqués par une lésion inflammatoire directe. C'est
de la pathologie des méninges que la symptomatologi
presque toute d'emprunt et d'origine cérébrale. Dans
morbides et dans nombre d'autres relevant d'une co
méningée ou cérébrale, une distinction serait bien s
a priori, et un diagnostic différentiel, posé d'après le

examen des symptômes, risquerait fort d'être erroné si l'on n'avait à sa disposition d'autres moyens d'investigation qui permettent de juger presque sûrement de la nature de l'affection. La recherche du signe de Kœrnig, l'examen du nerf optique et la ponction lombaire sont des moyens auxquels il faudra toujours recourir pour affirmer le diagnostic. Ils ne sont pas, certes, d'une valeur absolue, mais ils sont précieux. La ponction lombaire nous renseignera sur la nature de l'épanchement intra-cérébral ; la coloration du liquide céphalo-rachidien, l'examen bactériologique et cytologique nous fourniront des indications de première utilité. En général, les données que l'on retire de cet examen sont exactes, sauf dans quelques cas très rares, comme, par exemple, lorsqu'il y a oblitération du trou de Monro et que le liquide intra-ventriculaire ne peut descendre dans le canal rachidien ; il peut y avoir du pus dans le ventricule, alors que par la ponction on a retiré un liquide clair, d'où erreur et persistance des symptômes cérébraux.

Au point de vue opératoire, que nous soyons en présence d'une des formes quelconques d'affection méningée ou cérébrale, l'indication, croyons-nous, est la même : l'évidement pétro-mastoïdien sera toujours une intervention efficace. Si nous ne trouvons pas de pus, nous aurons agi par décompression des organes sous-jacents et favorisé la résorption d'un état inflammatoire entretenu par un foyer suppuré de voisinage. Toute autre méthode d'intervention, lorsqu'il s'agit de complications endocraniennes d'origine otique, nous paraît condamnable, et vouloir attaquer l'abcès que l'on suppose là où il paraît siéger, comme on l'a fait antérieurement à nous chez notre malade, nous paraît être une grosse faute opératoire. C'est vouloir détruire l'effet en laissant subsister la cause, et c'est marcher de parti pris à une récidive inévitable. Par la voie rétro-auriculaire, qu'il y ait abcès ou non, on peut se frayer une voie dans la substance cérébrale. Du reste, l'abcès ne siège pas toujours là où l'on croit le ren-

contrer, et il vaut mieux alors l'aborder par son foyer d'origine; la mastoïde ouverte, traitée, on ponctionne le cerveau sans graves dangers, et, si l'on ne découvre aucune collection purulente, on aura du moins supprimé la cause initiale du mal.

Il n'est point toujours nécessaire de ponctionner le cerveau, surtout si la nature et l'étendue des lésions osseuses de la caisse et de l'antre sont limitées. Chez notre malade, nous avons fait l'évidement pétro-mastoïdien simple parce que, à notre examen, rien dans l'état de la malade ne nous indiquait d'aller plus loin; nous n'avons jamais cru à un abcès du cerveau, mettant sur le compte d'une pseudo-méningite réflexe tous les symptômes observés. Si notre opération n'avait pas réussi, nous aurions pu, ultérieurement, la compléter par une ponction cérébrale; mais, comme nous savons que souvent l'ouverture large de la mastoïde suffit pour amender les symptômes, nous avons adopté la conduite la plus simple et la plus conforme aux intérêts du malade. C'est pour cela que nous jugeons insuffisante et inutile l'incision de Wilde, pratiquée chez notre malade à deux reprises avant notre intervention. Il est de toute nécessité, dans le cas de phlegmon périauriculaire d'origine otique, de chercher le foyer de suppuration, de le curetter; se contenter d'évacuer le pus, c'est perdre un temps précieux. Seule l'opération de Stacke-Schwartze peut assurer une guérison définitive, à moins que la date de l'affection ne permette d'intervenir directement par la voie auriculaire en faisant un curettage des points cariés. Dans notre cas cependant, les symptômes étaient trop ceux d'un envahissement profond de la mastoïde pour ne pas aller à la recherche d'un foyer intra-mastoïdien.

Notre conduite opératoire a été la meilleure parce qu'elle a été féconde en résultats heureux : disparition totale des douleurs et de la céphalalgie, suppression de tout écoulement de pus, amélioration très notable de l'audition (la montre, qui n'était pas entendue au contact, est perçue à 10 centi-

s) cessation complète des bourdonnements et des ver-
relèvement de l'état général.

e seule conclusion découle de cette observation, c'est
es incertitudes du diagnostic des complications endo-
ennes d'origine otique ne sont dues bien souvent qu'à
insuffisance d'investigation et qu'il ne faut conclure à
lence d'un abcès encéphalique qu'après s'être entouré
us les moyens propres à en assurer la présence d'une
presque irréfutable.

IÉTÉ DES OTOLOGISTES AUTRICHIENS

Séance du 12 janvier 1902.

ALEXANDER. — **Un cas de carcinome de la caisse
oes microscopiques).**

ime de quarante ans. D'après ses renseignements personnels,
reille droite suppurerait depuis cinq ans; elle aurait eu
uefois des douleurs derrière l'oreille et vers le front; depuis
, elle aurait une paralysie faciale et sa surdité aurait beau-
augmenté.

nédecin qui l'a examinée en décembre 1900 a constaté de la
e incomplète du facial droit, et de la sensibilité à l'apophyse
ression. La membrane tympanique était largement perforée
lissée dans sa partie postéro-supérieure de fongosités rou-
s d'une dureté papillomateuse. On a fait le curettage de
l'examen histologique aurait déjà en ce moment-là révélé
ure épithéliomateuse de l'affection.

entrée de la malade à la clinique de Politzer, on trouve les
s masses gris rosé, de consistance verruqueuse, remplissant
la caisse; il y a un peu de céphalée et quelques douleurs
r de l'oreille; pas de sensibilité à l'apophyse, pas de gan-
. La fente palpébrale est rétrécie à droite, et les mouvements
uction du globe oculaire s'y font très difficilement. Les
nerfs craniens paraissent indemnes. La voix chuchotée est
à trois mètres et la voix forte à six mètres, du côté droit.

ouverture de l'apophyse, on trouve un os hyperémié très
ésistant et contenant peu de pus. L'antre est rempli de gra-

nulations très dures qu'il faut curetter énergiquement pour s'en rendre maitre. Après résection de la paroi postérieure du conduit, on découvre les mêmes masses néoplasiques dans la caisse, où l'on peut cependant les enlever facilement toutes d'un coup avec une pince. Il n'y a plus d'osselets. La coque osseuse environnante est dure et résistante.

La malade fait encore un érysipèle au cours du traitement post-opératoire. Elle a été renvoyée chez elle et on ne peut encore pas donner les détails des suites opératoires.

Cliniquement, on peut dire qu'il s'agissait d'une tumeur primitive de l'oreille, née à la suite d'une vieille otorrhée. Elle était de nature carcinomateuse, comme le montraient les coupes microscopiques.

La tumeur pouvait provenir de la muqueuse de la caisse ou de la trompe, ou bien encore de l'épiderme du conduit. Le dernier point de départ paraît être le plus probable; on n'a, en effet, plus trouvé trace de muqueuse dans les coupes.

On pourrait peut-être faire plus d'un rapprochement entre le cas précité et les observations de Volkmann sur les épithéliomas dans les vieilles fistules osseuses. Ils se développeraient toujours aux dépens de l'épiderme qui, à la fin, bourgeonnerait dans la fistule, et comme pour le cas rapporté plus haut, ils s'accroîtraient très lentement et se propageraient peu aux ganglions.

M. Alexander. — **Otite purulente chronique. Abcès sous-périostique allant jusqu'à la ligne médiane et occupant presque toute la moitié correspondante du crâne. Évidement. Greffes de peau de lapin. Gurérison.**

Un garçon de douze ans a une oreille qui suppure depuis trois ans, depuis une atteinte de scarlatine. Brusquement, il a des douleurs auriculaires, et il se forme, partant de l'apophyse mastoïde, une espèce de tumeur fluctuante, sensible à la pression, fortement tendue, qui s'étend bientôt de l'angle du maxillaire à la nuque et de la région sourcilière à la ligne médiane. La formation de cet abcès sous-périostique a dû correspondre avec une effraction du pus à travers la lame externe de l'apophyse; on trouve, en effet, à l'évidement une fistule conduisant dans la profondeur. L'intérêt de l'observation consiste surtout dans l'étendue quelque peu insolite de l'abcès, qui a dû être ouvert d'abord par une incision horizontale, allant du pavillon à la nuque, puis, par une autre perpendiculaire à celle-ci et allant jusqu'à la ligne médiane. L'évidement une fois fait, l'auteur a

réuni les deux grandes incisions en laissant toutefois assez de place pour passer trois gros drains, ce qui, d'ailleurs, n'empêchait pas la rétention de se produire et de nécessiter une nouvelle incision oblique en avant. Bref, le pus se vide et ne se reproduit plus, la cavité d'évidement se comble, mais les incisions faites se réunissent mal, bourgeonnent largement, et l'auteur essaie des greffes de peau du dos de lapin. Il réussit à les faire prendre, mais elles se résorbent au bout de trois semaines; il a, d'ailleurs, le même résultat avec la méthode de Mangoldt (qui consiste à curetter l'épiderme à la curette et à transporter l'espèce de bouillie composée de sang et de débris épidermiques qu'on obtient ainsi sur la plaie). Les bords des incisions s'épidermisent enfin, mais de la périphérie vers le centre, en partant donc de l'épiderme normal et non des greffes de Thiersch. M. Alexander croit peu aux bons résultats qu'on avait voulu obtenir par des greffes dans les mastoïdes évidées.

Il faut enfin faire remarquer que chez l'enfant surtout le périoste adhère intimement à l'os au niveau des sutures, ce qui n'a pas empêché ici le pus de se répartir d'une manière uniforme sur presque toute la moitié de la tête.

M. Panzer croit qu'il n'était pas absolument nécessaire de faire des incisions aussi étendues. Il cite un cas personnel où il n'a fait que l'incision classique pour l'évidement et où il a pu vider tout le pus. Il y a eu toutefois — et c'est ce que lui fait remarquer avec raison M. Alt — une ascension thermique due à la rétention du pus qui ne pouvait s'expliquer que par une incision trop peu large.

M. Alt. — **Malade manifestement neurasthénique, âgé de quarante-trois ans, affecté de mouvements choréiformes des muscles du pharynx qui donnent lieu à un bruit auriculaire objectivement perceptible.**

Le malade souffre depuis des années des suites de restes de végétations; il a eu du hemmage et des raclements de gorge tout le temps. Aussi, les contractions de ses muscles du pharynx ont-elles dû commencer par être volontaires avant de devenir choréiformes. On les voit très nettement à la rhinoscopie antérieure, les cornets étant assez atrophiés par suite de la rhinite atrophique. Les pavillons des trompes s'avancent jusque sur la ligne médiane et les muscles se contractent presque sans discontinuer. En même temps, l'otoscope fait percevoir un bruit de craquement très net, qui s'est répété jusqu'à vingt-quatre fois dans

quinze secondes. Les contractions cessent dès que le malade ouvre la bouche, mais deviennent plus fréquentes quand il est agité.

Malgré un traitement des plus énergiques dirigé contre les restes de végétations, et malgré que la rhino-pharyngite, à la suite, s'améliore, les contractions et le bruit auriculaire persistent encore jusqu'à ce jour.

M. Alt. — Sur un cas de thrombose sinuso-jugulaire guérie.

Un jeune homme de dix-huit ans, souffrant depuis un temps indéterminé d'une otorrhée peu profuse, fait des frissons et de la fièvre à caractères pyhémiques depuis trois jours. Le fond du conduit est rempli de fongosités. A l'évidement de l'apophyse, on ne trouve qu'un peu de pus autour du sinus; la paroi sinusienne ne présente plus de battements; le sinus lui-même est rempli de sang. On commence par faire la ligature de la jugulaire, puis on ouvre et on tamponne le sinus. Les suites opératoires ont été excellentes pendant dix jours, puis le malade se plaint de douleurs dans l'angle supérieur de la plaie du cou; il y a en même temps une ascension thermique assez prononcée. On fait sauter les sutures et on excise le bout supérieur de la jugulaire jusque vers le bulbe, après l'avoir ouvert et en avoir extrait un thrombus en train de suppurer. Depuis, le malade va très bien.

Pour démontrer sans doute la nécessité de ligaturer la jugulaire, M. Alt rappelle un autre cas personnel où il avait trouvé à l'opération une thrombose obturante dont l'aspect extérieur ne lui avait pas paru commander la ligature de la jugulaire. Il ne l'avait donc pas faite. L'opération en elle-même avait très bien réussi, lorsque le cinquième jour, au moment de se soulever pour manger, le malade fut emporté brusquement par une embolie de l'artère pulmonaire.

Ce cas nous montre qu'il faut prescrire un repos absolu et prolongé après toutes les interventions sur le sinus, et qu'il vaut mieux fermer la porte aux accidents pyémiques ou métastatiques par la ligature.

M. Panzer, pour montrer lui aussi la nécessité qu'il y a de ligaturer la jugulaire quand on suppose être en présence d'une thrombose du sinus, rappelle un cas analogue. Il opère — dans les mêmes mauvaises conditions que Alt et en dehors de Vienne — une apophyse ayant donné lieu à tous les symptômes de la septico-pyhémie. Du pus s'échappe dès le premier coup de gouge; par malheur, la curette effondre le sinus, il y a une hémorragie, et on est forcé de s'arrêter. Cinq jours après, on put compléter

et finir le curettage de l'apophyse; mais, quarante-huit heures après la deuxième intervention, le malade prend une broncho-pneumonie des lobes inférieurs dont il meurt. M. Panzer croit qu'entre la première et la deuxième observation il s'était produit une thrombose du sinus. Les coups de marteau, lors du complément du curettage, en ont probablement détaché quelques fragments qui n'ont pas dû être étrangers à la formation des métastases pulmonaires. S'il avait fait la ligature avant, il aurait pu arrêter la dissémination des germes infectieux.

M. Alexander. — Il est certain qu'il faut lier la jugulaire quand, le sinus ouvert, on n'arrive pas à extraire tout le thrombus ou quand on peut supposer une thrombose du golfe de la jugulaire, ce qui, d'après les recherches de plusieurs auteurs, serait plus fréquent qu'on ne le supposait jusqu'ici. Il propose de mettre une ligature au bout inférieur de la jugulaire, mais de laisser le bout supérieur complètement ouvert en bas, de façon à avoir, pour ainsi dire, un tube à drainage tout prêt à fonctionner en cas de thrombose purulente.

M. Alt répond qu'il préfère réséquer le cordon ligaturé jusque vers le bulbe. Les métastases du poumon ou d'ailleurs ne seraient qu'une indication en plus pour opérer le plus vite possible, de façon à empêcher d'autres embolies de se produire. Le danger de l'embolie gazeuse — que M. Alexander dit ne pas exister quand on couche le malade dans la position de Rose — existerait réellement et serait plus grand que le peu de cas publiés le laisserait supposer.

M. Politzer ne croit pas que les indications pour la ligature soient déjà assez nettement posées. Il a vu un cas de thrombose sinuso-jugulaire avec gonflement périvasculaire au cou et pyémie guérir sans ligature.

M. Frey. — De l'occlusion de la cavité rétro-auriculaire (après la trépanation) par les injections de paraffine d'après Gersuny.

L'auteur fait passer des photographies où on voit les résultats des injections et des diverses opérations plastiques. Les injections de paraffine lui auraient donné des résultats à tout point de vue satisfaisants. Il s'est vu forcé de les faire précéder d'injections de cocaïne. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, avril 1902.) Dr Bertemes.

ANALYSES DE THÈSES

Étude anatomo-pathologique du plancher de la caisse, par le Dr J. Rozier.

Reprenant en partie le travail de Kretschmann, *Sur une forme de suppuration de la caisse du tympan*, l'auteur fait,

dans sa thèse de doctorat, une excellente étude de cette partie de l'oreille moyenne qu'on désigne à l'heure actuelle sous le titre de « recessus hypotympanique ». Il traite surtout l'anatomie topographique de la région, se contentant, comme il l'annonce du reste dans son introduction, de signaler, au fur et à mesure de ses descriptions, les conséquences pathologiques qui peuvent résulter de tel ou tel rapport.

Il reconnaît à ce recessus quatre parois qu'il décrit très minutieusement. Chemin faisant, il montre les rapports importants contractés avec ce recessus par la carotide et la jugulaire :

« Coiffant en quelque sorte la jugulaire et la carotide, écrit l'auteur, ce recessus contracte avec ces deux organes des rapports d'autant plus intimes que, quelquefois, la paroi osseuse qui les sépare est très mince, déhiscente, traversée par de petites branches artérielles et veineuses qui servent de trait d'union entre la caisse d'un côté, la jugulaire et la carotide de l'autre. »

Des cellules aréolaires existent sur les différentes parois du recessus, s'étendant sous la trompe d'Eustache, sur le promontoire, vers les cellules mastoïdiennes, la paroi inférieure du conduit auditif externe, le facial.

La situation du recessus hypotympanique favorisant la stagnation du pus dans sa cavité, les cellules aréolaires sont facilement atteintes d'ostéite; si l'on se rappelle les organes qui sont en connexion avec ce recessus, on comprend toute l'importance qu'il acquiert en pathologie auriculaire.

L'étude très approfondie de M. Rozier, basée sur un grand nombre de recherches personnelles, mérite d'être connue et méditée avec soin. Un grand nombre de schémas et de dessins en rendent la lecture facile et aident puissamment à l'intelligibilité d'une description anatomique, toujours très aride par elle-même. (Thèse de doctorat, Paris, 1902.)

Dr Brindel.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

OREILLES

Une tumeur kystique de la caisse *(Ein cystischer Tumor der Trommelhöhle)* (Travail de la consultation du Dr Alt, de Vienne), par le Dr V. Pick.

Enfant tuberculeux, très affaibli, âgé de huit ans, otorrhéique depuis l'âge de deux ans, à la suite de diphtérie. On aurait incisé autrefois un abcès rétro-auriculaire dont on voit d'ailleurs encore la cicatrice. A l'inspection, on trouve la moitié interne du conduit occupée par une tumeur rouge bleu, d'aspect kystique, très élastique, largement adhérente à la partie inférieure et postérieure du promontoire. Du marteau il ne reste que la moitié supérieure; la muqueuse de la caisse, autant qu'on peut la voir en haut et en arrière, paraît être cicatricielle. La tumeur ayant la transparence d'une tumeur sanguine, on pense d'abord à une éventration du bulbe de la jugulaire à travers une déhiscence anormale; il n'y avait cependant pas de pulsations, pas d'augmentation de volume à la compression de la jugulaire. D'ailleurs, elle diminue très nettement après quelques instillations d'alcool boriqué. La ponction exploratrice ramène quelques gouttes d'un liquide contenant de nombreux cristaux de cholestérine et de globules graisseux, à l'exclusion de tout corpuscule de pus.

L'origine de cette tumeur reste problématique. Politzer a bien décrit des kystes qui se forment par des adhérences étendues du tympan avec la muqueuse du promontoire, processus qu'on ne peut guère évoquer ici. Il reste encore la présomption d'une projection du bulbe à travers une ouverture anormale de la paroi du promontoire, par ostéite — puisque ostéite il y avait — avec étranglement au niveau de la déhiscence, formation d'un thrombus et séparation ultérieure du caillot avec le vaisseau principal (?). (*Monats. f. Ohrenheilk.*, avril 1902.)

Dr BERTEMES.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU rue Guiraude 11.

TABLE DES MATIÈRES[1]

TOME XXII — Vol. I, 1902

Acoustique *(Nerf)*

Origine et trajet du nerf vestibulaire (de l'). 323
Paralysie croisée de l'—. 398
Tumeurs de l'— (démonstration de préparations microscopiques) 323

Amygdale

Abcès de l'— chez un enfant de seize mois. 533
Affections des — et du tissu péri-amygdalien. Anatomie et physiologie 472
Calcul de l'— extraordinairement gros (un cas de) 321
Chancre primitif de l'—. 476
Extirpation des — enchatonnées (sur un procédé d'). 669
Hémorragie grave de l'— arrêtée par suture des piliers. 709
Hypertrophie des — chez une femme de cinquante-sept ans (un cas d'). 446
Morcellement des — chez l'adulte 669
Rôle phagocytaire des — et de l'ablation systématique des — palatines. 138
Suppuration aiguë des —. 473
Suppuration péri-amygdalienne . 473
Tuberculose des —. 475
Ulcérations de l'— palatine (diagnostic des). 629

Amygdalite

— postérieure (observation d'un cas de péri-). 55
— chronique et rhino-pharyngite et ses conséquences chez les enfants 135
— lacunaire aiguë 474
Complications ganglionnaires des —. 496
Troubles nerveux chez les amygdaliens 135

Angine

— de Vincent (complication et pathogénie de l'). 198
— pneumococcique aiguë avec perforation des piliers (un cas d') 395
— diphtéroïde de Vincent (un cas d') 407, 739
— sèche et brightisme 449
— à pneumobacilles de Friedländer 569
— éroso-membraneuse 599
— due au bacille fusiforme et aux spirilles de Vincent. 664
— à bacilles fusiformes et stomatite ulcéreuse 714
Paralysie angineuse non diphtérique 225
Paralysie compliquant une — membraneuse non diphtérique 506

Aphonie

Un cas d'— 115

Apophyse mastoïde

Anatomie et pathologie des groupes cellulaires postérieurs de l'—. 26

1. Les chiffres en *caractère gras* se rapportent aux travaux originaux parus dans la Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie; les chiffres *ordinaires,* aux analyses.

Antrite fongueuse compliquée de séquestre du labyrinthe, d'abcès cérébelleux et de thrombophlébite du sinus latéral (un cas d'). 236
Cellulites mastoïdiennes (contribution à l'étude des). 659
Cure radicale de l'— 158
Empyème de l'—; Myosite du sterno-mastoïdien, abcès, guérison 25
Mastoïdite aiguë dans le cours d'une pneumonie (un cas de) 167
Mastoïdites latentes et des dangers d'expectation dans les suppurations de l'oreille moyenne (des). . . . . 177, 241 et 241
Mastoïdite aiguë à forme récidivante guérie sans intervention (un cas de). 302
Nécrose de l'— consécutive à une otite aiguë. 270
Occlusion de la cavité rétro-auriculaire après trépanation par les injections de paraffine. . . 766
Opération mastoïdienne complète avec greffe (cas d'). 186, 190
Pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien . . . 709
Suppression du tamponnement à la suite de l'opération radicale. 200
Traitement précoce des mastoïdites (du) 501
Trépanation mastoïdienne dans les névroses (de la). 415

Bibliographie

Atlas des maladies du nez, des cavités accessoires et du naso-pharynx. 53
Compte rendu de la Société otologique du Royaume-Uni, vol. II, 1901 262
Histoire des maladies du pharynx (Moyen-Age occidental et Temps modernes). 355
Lésions causées par l'intubation et leurs conséquences. 258
Résultats de l'examen fonctionnel de sourds-muets en Danemark 533
Sinus et sinusite maxillaire. Anatomie, physiologie et traitement 596
Technique et clinique de l'œsophagoscopie 562
Traité de l intubation du larynx dans les sténoses laryngées aiguës et chroniques de l'enfant et de l'adulte. 745

Bouche

Abcès palatin d'origine dentaire 296
Gingivite syphilitique simulant la stomatite mercurielle. 18
Kyste dermoïde de la — 713
Pemphigus aigu bénin des premières voies respiratoires et digestives (du). 337
Pemphigus des muqueuses; forme aiguë et chronique récidivante 711
Rôle des dents dans quelques infections de la — (Contribution à l'étude du). 568
Stomatite ulcéreuse et angine à bacilles fusiformes. 714
Ulcère du plancher de la 252
Uranostaphylorraphie (sur l') . . 333

Cerveau

(Voir aussi Cervelet, Sinus veineux et Apophyse mastoïde)

Abcès du — d'origine otique, avec mastoïdite et abcès péri-sinusien. 29
Abcès du lobe temporal consécutif à une otite chronique et guéri par l'opération. 61
Abcès cérébraux et cérébelleux consécutifs aux suppurations de l'oreille moyenne (discussion sur l'ouverture et le drainage des). 159
Abcès temporo-sphénoïdal (un cas d'). 191
Abcès cérébraux d'origine otique (des). 295
Accidents méningitiformes d'origine otique simulant un abcès du —. 753

Cervelet

(Voir aussi Sinus veineux et Apophyse mastoïde)

Abcès cérébelleux et sous-dural profond à la suite de mastoïdite ancienne et de carie du labyrynthe. Trépanation vers le — Mort 168
Abcès du —; fistule labyrinthique. Trépanation du —; guérison 203
Abcès du — et pyohémie du sinus latéral (un cas d'). 381
Abcès cérébelleux avec thrombose du sinus latéral d'origine otique (un cas d'). 393
Abcès cérébelleux multiple. Thrombose du sinus sigmoïde. 499

Cholestéatome

(Voir Temporal, Apophyse mastoïde)

— de la mastoïde compliqué de thrombo-phlébite du sinus, d'un abcès du lobe temporal et d'un autre du lobe pariétal (un cas de). 171
Croissance du — (de la). 575
Cure radicale pour — 157

Cloison du nez

Polypes muqueux papillaires de la — 621
Redressement de la — (un cas de) 221
Tumeur tuberculeuse de la région postérieure de la — (un cas de) 688

Comptes Rendus et Programmes des Sociétés

Académie de médecine de New-York (section de laryngologie), séance du 18 décembre 1901. . 386
Association britannique de laryngologie, séance du 11 janvier 1901 107
Association britannique de laryngologie, séance du 8 mars 1901 220
Association britannique de laryngologie, séance du 10 mai 1901 251
Liverpool medical Institution, séance du 13 février 1901. . . 393
Société de laryngologie de Londres, séance du 1er novembre 1901. 43
Société d'otologie du Royaume-Uni, séance du 10 juin 1901. . 186
Société allemande d'otologie, mai 1901 310
Société autrichienne d'otologie, séance du 28 octobre 1901. . . 353
Société médicale de Londres, séance du 25 mars 1901. . . . 381
Société de laryngologie de Munich séance du 6 mai 1901. 382
Société américaine de laryngologie, mai 1901. . . 432, 469, 496
Société oto-laryngologique de l'Ouest de l'Allemagne, mai 1901. 528
Société danoise d'oto-laryngologie, octobre 1901. 531
Société française d'otologie, mai 1902. . . . . 651, 680, 695
Société berlinoise d'otologie, séance du 12 novembre 1901. . 737
Société des Sciences naturelles et médicales de Dresde, séance du 2 février 1902. 739
Société des otologistes autrichiens, séance du 12 février 1902. 762

Cordes vocales

Épithélioma de la —. Quatre ans après l'opération (un cas d'). . 223
Myxome de la — droite. 58
Paralysie complète de la — droite (un cas de) 254
Syphilis du larynx avec paralysie de la — gauche 47
Tumeur (papillome probable) de la — (un cas de). 50

Cornets

Hypertrophie bulleuse du — moyen (un cas d'). 257
Relations du — moyen avec des affections chroniques (les) . . 410

Corps étrangers
(Voir les différents organes.)

Cou

Anévrysme de la carotide interne (un cas d'). 503
Kyste hydatique suppuré du —. . 238
Phlegmon ligneux du — (du). . . 196

Crane

Fracture de la base du — (otite moyenne suppurée compliquée d'une). 127

Diphtérie

Tubage et trachéotomie dans la — laryngée. 119
Croup primitif du larynx ; intubation pendant quarante-huit heures 413
— sans angine ; contagion tardive. 608

Épiglotte

Adhérence en surface entre l'— et la base de la langue (un cas d') 18
Affection tuberculeuse de l' — (cas d'). 51
Épithélioma de l' — (cas d'). 55, 687
Kyste de — (cas de) 113, 636
Ulcération tuberculeuse de l' —. 386

Épistaxis

— chez le nouveau-né (l'). . . . 22
— à répétition (forme familiale d') 411

Face

Adénite et adéno-phlegmon de la joue 263
Épithéliona de la — simulant un ostéosarcome du sinus maxillaire 628

Facial *(Nerf)*

— dans l'audition (de la participation du). 666
Névralgie faciale (Cause et traitement d'une — due à la galvanocaustie de la pituitaire). . . 23
Névralgie faciale ; résection du ganglion cervical supérieur. . 207
Paralysie du — avec otite moyenne (un cas de). 108
Paralysie du — avec récidive de polypes (un cas de). 109
Paralysie du — d'origine otique. 688

Fosses nasales
(Voir aussi Nez)

Corps étrangers des — (des) . . 53
Corps étranger rare des — (un cas de) 530
Imperforation de la narine droite (deux cas d'). 361
Mensuration graphique de la perméabilité des — (de la). . . . 665
Occlusion osseuse congénitale de l'orifice postérieur des —. . . 22

Gout

Troubles du — dans le domaine de la corde du tympan par lésion basilaire 537

Instruments, appareils, etc.

Appareil pour vaporisation intranasale. 321
Bistouri pour l'ablation des brides latérales dans le pharynx. . . 321
Écarteur de la joue. 712
Instrument pour morcellement des amygdales chez l'adulte. . 712
Rabot pour abraser les crêtes de la cloison nasale. 712
Seringage de l'oreille et canule auriculaire. 638
Seringage et canule pour injections trachéales. 712

Intubation

— et trachéotomie dans la diphtérie laryngée. 119
Lésions causées par l'—. 258

Croup primitif du larynx; — pendant quarante-huit heures. . . 413

LANGUE

Adherence en surface entre l'épiglotte et la base de la — . . . 18
Bifidité de la — (un cas de) . . 477
Goitre lingual (un cas de) . . . 447
Kyste de la fossette glosso-épiglottique (un cas de). 222
Névralgie linguale d'origine traumatique. Névrectomie (un cas de). 166
Névralgie linguale guérie sans opération (un cas de). 396

LARYNGITE

— chronique avec ulcération d'une des cordes. 47
— sous-muqueuse infectieuse aiguë. 97
— tachetée et de sa localisation sur les bandes ventriculaires (A propos de la). 750
— tuberculeuse 309

LARYNX

Arthrite double crico-aryténoïdienne grippale 19
Ataxie du — chez un garçon de seize ans. 532
Corps étrangers du — (Trois cas de). 38
Corps étrangers (épingle de sûreté) du — ; extraction par la trachéotomie. ; 364
Corps étrangers du — ; trachéotomie; suture immédiate. . . 697
Épithélioma du — chez un homme de 25 ans (un cas d') . . . 531
Fracture du — 637
Innervation du — (le nerf accessoire et l'). 273
Laryngectomie (Contribution à l'étude de la) 196
Luxation traumatique du cartilage aryténoïdien gauche. . . 434
Lymphome diffus pharyngo-laryngé. 658
Malformation congénitale du — (sur un cas de). 413
Pachydermie laryngée (un cas de) 256
Papillomes multiples du —. . . 57
Paralysie récurrentielle droite (démonstration d'un cas de). . 529
Paralysie crico-aryténoïdienne postérieure (un cas de). . 529, 540
Paralysie labio-glosso-laryngée chez un enfant. 537
Phlegmon foudroyant du pharynx et du — (un cas de). 200
Sténose syphilitique tertiaire du — traitée par laryngo-fissure sans trachéotomie. 43
Sténose cicatricielle du — consécutive à la coqueluche. . . . 386
Sténoses fibreuses du — (Traitement des). 577, 654
Stridor congénital du — 231
Structure de l'organe vocal (des rapports entre la faculté vocale et la). 573
Syphilis du — avec fixation de la corde gauche (un cas de). . . 47
Syphilis héréditaire du pharynx et du — (un cas de). 385
Syphilis laryngée, cérébrale et auriculaire, guérie par le traitement spécifique. 447
Traitement de la tuberculose du — (de la méthode des aspirations dans le). 605
Tuberculose du — dans l'enfance. 65
Tuberculose — chez un garçon de seize ans (un cas de). . . . 252
Tuberculose du — (traitement de la). 300
Tuberculose du — amélioré par le phénol sulfo-ricinate de soude (un cas de). 531
Tuméfaction laryngée (un cas de) 52

LÈVRES

Paralysie labio-glosso-laryngée chez un enfant. 537

MAXILLAIRES

Kystes paradentaires antérieurs du — supérieur (Traitement des). 706

s maxillo-dentaires
lo-syphilis. 400
— supérieur ou une
ithéliale a envahi
s alvéoles. 112
iques des muscles
ues. 384
— supérieur (un cas
. 258

ÉDICAMENTS

ote clinique sur l'). 439
(essai sur l'). . . 272
al en rhino-laryn-
l'emploi de l'). . . 10
apsules surrénales
emploi de l'). . . . 661
hyle (Note sur l'em-
. 704
e de potasse (Traite-
pus par le) 64
anticoquelucheuse. 54

MÉNINGES

ningiliformes d'ori-
e simulant un abcès
. 758
ale de la méningite
d') 134
s méninges dans la
n du sinus frontal
e de l'). 139
s la méningite con-
'empyème du sinus
ode d'). 330
guë à la suite d'une
ne aiguë légère avec
ercurrente. Mort (un
. 170
rébro-spinale due à
ion pneumococcique
(un cas de). 298
guë à la suite d'une
enne peu intense;
n par le labyrinthe. 301

ASO-PHARYNX

aso-pharyngiens (du
des). 384
so-pharyngiens (deux
cas de). 530
Fibromes naso-pharyngiens; extirpation par les voies naturelles; guérison. 539
Fibro-myxome volumineux du — (une observation de). 710
Origine naso-pharyngienne du goitre. 20
Syphilis tertiaire avec séquestre du — 114
Syphilis du — (remarques sur le diagnostic et le traitement de la) 438

NEZ

Accidents réflexes d'origine nasale (contribution à l'étude des) 565
Affection mutilante du — 477
Angiome kystique du —. 360
Correction d'une déformation externe et interne du — (un cas de) 432
Granulome tuberculeux et syphilitique du — 437
Infection nasale de la méningite (de la voie d'). 134
Lupus du — (un cas de). . . . 225
Méningite cérébro-spinale due à une infection pneumococcique par le — (un cas de). 298
Produits paraffinés dans les déformations et les affections du — (applications des) 644
Rhinoplastie partielle 298
Rhinolcose (trois cas de). . . . 749
Shock dans le traitement intranasal (un cas de). 715
Sténose nasale avec symptômes subjectifs 51
Syphilis acquise du — et du pharynx (note sur la). 631

ŒSOPHAGE

Cancer de l'— ayant envahi le pharynx (un cas de) 257
Cancer de l'— 543
Corps étranger de l'— 64, 712

OREILLE

Anatomie du sinus carotidien et ses rapports avec l'—. 738

Atrésie congénitale de l'— (de l') 506
Bruit auriculaire objectivement perceptible (un cas de) 530
Épilepsie jacksonienne résultant d'une affection de l'— (un cas d') 751
Maladies de l'— chez les enfants de l'arrondissement de Marbourg (les) 478
Traumatisme de l'— (de la nécessité qui s'impose aux syndicats ouvriers de faire examiner les — immédiatement après l'accident par un spécialiste). 528

Oreille externe

a) Pavillon.

Déformation congénitale des deux pavillons 435

b) Conduit auditif externe.

Atrésie post-opératoire du conduit auditif (un cas d') 187
Carcinome du — (un cas de). . . 192
Corps étrangers du —. 354, 367, 368
Epithélioma du — (préparations microscopiques d'un). 159
Membrane anormale dans le — (un cas de) 194
Polype du — avec tympan intact (un cas de) 111
Ulcération tuberculeuse du — (cas d') 321

Oreille moyenne

Affection de l'— avec complications (un cas d') 110
Brûlure de l'— (sur deux cas de). 738
Carcinome de la caisse (un cas de) 762
Corps étranger de la caisse ayant nécessité un évidement pétro-mastoïdien. 174
Électrolyse dans la sclérose auriculaire (expérience sur la valeur de l') 353
Étude anatomo-pathologique du plancher de la caisse. 766
Intervention sur la fenêtre ronde (à propos d'une) 637
Traitement conservateur et chirurgical des suppurations de l'— 333
Tuberculose de l'— (préparation microscopique d'un cas de). . 159
Tumeur kystique de la caisse . . 768

Oreille interne

Ablation de labyrinthe nécrosé (un cas d'). 190
Infiltration carcinomateuse du temporal et du labyrinthe par métastase 354
Labyrinthite dans les oreillons (de la). 673
Ostéite de la capsule labyrinthique. 326

Otite

Abcès osseux aberrants consécutifs à l'— moyenne aiguë . . . 235
Accidents nerveux consécutifs à la suppression d'une — 61
— chronique, carie du rocher, foyer autour du sinus transverse 267
— moyenne peu intense; propagation par le labyrinthe (méningite aiguë à la suite d'une). . 301
— moyenne suppurée à rechute, complications endocraniennes, mort par phlébite du sinus et méningite de la base 28
— moyenne suppurée chronique compliquée d'une fracture de la base du crâne 127
— moyenne suppurée compliquée d'abcès parotidien et extradural (un cas d') 321
— généralement non diagnostiquée (remarques sur une). . . 445
— moyenne tuberculeuse; mastoïdite et méningite chez un adulte bien portant sous les autres rapports. 469
— moyenne suppurée chronique. Opération de Schwartze-Stacke. Reformation du tympan. Amélioration de l'ouïe (deux cas d') 471
— moyenne aiguë (traitement de l') 500

— moyenne (à propos de l'). . . 543
— et pneumonie. 605
— moyenne aiguë suppurée (rapport verbal sur le traitement de l') 702
— moyenne hémorragique . . . 708
— moyenne purulente chronique; abcès sous-périostique, évidement, guérison 763
Ponction lombaire dans le diagnostic des complications intracraniennes des — (de la) . . . 232
Pyohémie otitique sans phlébite, choroïdite du côté opposé. . . 33
Pyohémie guérie par l'ouverture du sinus et la ligature de la jugulaire 142
Pyohémie otitique avec abcès métastatique pulmonaire et pleurésie purulente (un cas de) 173
Pyohémie du temporal (un cas de) 158
Pyohémie otogène (théories sur la). 310
Pyohémie otogène (questions de la) 315
Pyohémie otogène (de la) 481, 513, 545
Pyo-septicémie d'origine otique. 269

Otorrhée

Contribution au traitement des — chroniques par les voies naturelles 59

Ouïe

Amélioration de l'— par le tympan artificiel (de l'). 479
Diapason en acoumétrie (de l'emploi du) 719
Paralysie alterne de l'audition. . 142

Ozène

Contribution à l'étude de l'— essentiel. 229
Contribution à l'étude de l'— et son traitement. 598
Guérison radicale de l'— sous l'influence d'un érysipèle intercurrent de la face (deux cas de) 297
Traitement de l'— par l'électrolyse cuprique 382

Pharynx

Abcès rétro-pharyngien idiopathique chez un adulte 124
Abcès rétro-pharyngien aigus chez les enfants 356
Anomalies vasculaires dans la région pharyngée (des) 227
Cancer de l'œsophage ayant envahi le — (un cas de). 257
Lymphome diffus pharyngo-laryngé 658
Lympho-sarcome de la paroi postérieure du — (un cas de). . . 251
Mouvements choréiformes des muscles du — 764
Pharyngite latérale (recherches histologiques sur la) 136
Pharyngo-mucose 475
Pharyngite lithémique 502
Phlegmon foudroyant du — et du larynx (un cas de) 299
Phlegmon du — (traitement du). 382
Rétrécissement syphilitique du — (deux cas de). 297
Rétrécissement cicatriciel du — 334
Sténose cicatricielle du —. . . . 388
Syphilis héréditaire du — et du larynx (un cas de) 385
Syphilis acquise du nez et du — (note sur la). 631
Tumeur du — (un cas de). . . . 224

Rhinites

— atrophique avec empyème du sinus sphénoïdal (un cas de). . 253
— fibrineuse. 410
Rhinorrhée céphalo-rachidienne (un cas de). 447
Traitement de la — atrophique par les injections interstitielles de paraffine (nouveau mode de) 721

Rhino-pharyngite

— et amygdalite chronique et ses conséquences chez les enfants. 118
Rhino-pharyngiens à la clinique chirurgicale infantile de la Faculté de médecine (les). . . 335

Sinus

— dédoublés (les).. 686
Empyème chronique quadruple des — de la face (deux cas d'). 264
Empyème des — maxillaire ethmoïdal et sphénoïdal avec cécité consécutive de l'œil gauche. . 443
Pression de l'air dans les cavités accessoires du nez (des modifications dans la). 383

Sinus maxillaire

Affections purulentes du — (du traitement de certaines). . . . 573
Empyème du — double correspondant à deux molaires avec couronne saine et racine cariée 45
Empyème du — (du traitement de l') 55
Empyème chronique du — (traitement chirurgical de l') . . . 265
Empyème chronique du — (traitement de l'). 602
Ostéo-sarcome du — (cas d'). . . 116
Sinusite maxillaire unilatérale et d'empyème frontal double avec nécrose de la paroi orbitaire (sur un cas de). 401
Sinusite maxillaire compliquée . 528

Sinus frontal

Empyème chronique double du — (cas d') 332
Empyème du — (quelques observations sur le traitement de l'). 441
Infection des méninges dans la suppuration du — (mécanisme de l') 139
Infection dans la méningite consécutive à l'empyème du — (mode d') 330
Sinusite frontale double (un cas de) 387
Sinusite frontale et ethmoïdale avec abcès de l'orbite. 444

Sinus ethmoidal

Apophyse unciforme avec les cellules ethmoïdales et le méat moyen (rapports de l') 703
Mucocèle du labyrinthe ethmoïdal avec troubles de l'orbite (un cas de) 198
Mucocèle des cellules ethmoïdales droites 331
Ostéite raréfiante dans l empyème chronique de l'ethmoïde et du sinus sphénoïdal simulant une rhinite atrophique 717

Sinus sphénoïdal

Curettage du — pour polypes récidivants du nez. 363, 529
Empyème du — avec rhinite atrophique (un cas d') 253

Sinus veineux

(Voir Apophyse mastoïde, Cerveau, Cervelet et Otite)

Affection du — latéral (un cas d') 472
Pyohémie du — latéral (un cas de) 381
Thrombose du — latéral 433
Thrombo-phlébite du — latéral et de la veine jugulaire; abcès cérébelleux 265
Thrombo-phlébite du — latéral; ligature de la veine jugulaire (sur un cas de). 708
Thrombose septique du — latéral avec mastoïdite et abcès rétro-pharyngien (un cas de). . . . 189
Thrombose du bulbe de la veine jugulaire (contribution à l'étude de la). 365
Thrombose sinuso-jugulaire guérie (sur un cas de). 765

Surdi-Mutité

De la pathogénie de la — 326
Temporal d'un sourd-muet mort de granulie (préparation d'un) 737

Surdité

Début de la — 74

Temporal

— d'un sourd-muet mort de granulie (préparation d'un) . . . 737

olfe de la jugulaire
d. 738
erculeuse du — (spé-
. 196
myxomateux du —
. 94
arcinomateuse du —
inthe par métastase 354
de l'écaille du —
tique 695
— (un cas de). . . [illegible]
du — (un cas de). . 187
primitive du — . . 322

ROÏDE *(Glande)*

rigine naso-pharyn-
. 20
talmique et la chlo-
rts entre le). . . . 239
-hyoïdiens. 509
mitif de la — . . . 95

TRACHÉE

erculeuse péritra-
. 396
a — (un cas de) . . 712
a — chez une femme
ite-quatre ans. . . 531

RACHÉOTOMIE

- dans la diphtérie
. 119
chez les anciens tra-
és et mutilés (la) . . 24

TUBERCULOSE
s différents organes.)

antitoxiques. . . . 271

TUMEURS
s différents organes.)

TYMPAN

(mode d'action in-
. 414

VARIA

Alcool comme désinfectant des miroirs laryngoscopiques. . . 608
Courants de haute fréquence en oto-laryngologie (Essai d'application des) 609
Diagnostic d'une tumeur anévrysmale par les rayons X. . . . 207
Électrolyse et ses effets sur les tissus (l') 53
Épithélioma greffé sur lupus (quatre cas d'). 206
Épithélioma greffé sur un lupus tuberculeux. 30
Injections sous-cutanées de paraffine (des). 175, 571
Injections de paraffine. Procédé d'Eckstein (prothèse par les). 309
Injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne comme anesthésique générale dans les opérations sur la tête. 504
Lésions du vague à la suite d'une tentative de suicide. 384
Traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau par enlèvement du ganglion de Gasser. 175

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

— et épilepsie. 116
— (traitement médical des). . . 600
— comme cause de l'énurèse (les) 601
Hypertrophie de l'amygdale tubaire (présentation d'un cas d'). 528
Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (de la génèse de l') . . 538
Nature et histologie de l'amygdale pharyngée. 570

VERTIGE

— auriculaire (présentation d'un cas de) 303
— nasal et épilepsie 305
— d'origine nasale. 21
— (siège du). 325
— tympanique dû à une obstruction de la trompe d'Eustache . 500
— voltaïque dans les otopathies (des modifications du) 164

VOIES AÉRIENNES

Affections des — dans leurs rapports avec le développement mental (les) 435
Corps étrangers des — (contribution à l'étude des) 93
Corps étrangers des — (de l'extraction des). 604
Électro-aimant pour l'extraction des corps étrangers des — (sur l'emploi de l') 1
Suture immédiate des — après les opérations sur le larynx et la trachée (de la) 145
Sacs aériens des singes et diverticules du larynx chez l'homme. 23
Syphilis congénitale des — (un cas de) 221

VOILE DU PALAIS

Aspect du — dans la grippe épidermique 359
Fenétration congénitale des piliers antérieurs (un cas de) . . 49
Tumeur papillomateuse du — . 505

VOIX

Cyclones intra-buccaux dans la parole chuchotée (démonstration de la formation des) . . . 599
Génération de la — et du timbre 17

TABLE DES AUTEURS[1]

Abbott (F. C.), 192, 193.
Abercrombie, 111, 224, 252, 256.
Alderton (H.), 445.
Alexander, 354, 762, 763, 766.
Alinsberg, 330.
Alsen (M. V.), 602.
Alt, 175, 318, 354, 764, 765, 766.
Astrus (D'), 22.
Attias, 118.
Avellis (G.), 573.

Baber (C.), 44, 48, 51, 157, 187.
Baker (H.), 410.
Ballance, 157, 158, 159, 187, 192.
Bar, 662, 702.
Baradat, 271.
Bark, 108, 111, 113, 114, 116, 222, 223.
Baron (B.), 253, 254, 255, 745.
Baudoin, 506.
Baurowicz (A.), 198.
Bayet, 30.
Bayer, 407, 413.
Beale (C.), 49, 50.
Bentzen, 479, 532.
Berens (P.), 388, 390, 432, 439.
Berest, 135.
Bertemès, 706.
Berthold, 321.
Biehl, 323.
Blum (A.), 568.
Bonain, 657, 662, 745.
Bond, 52.
Bonnighaus, 324.
Boulai, 361.
Boulay, 22.
Bouroullec, 598.
Brandegee (W.), 500.
Braunstein (J.), 232.
Brieger, 315, 320, 322, 538.
Brindel, 177, 209, 241, 701, 702, 721.
Broeckaert, 571, 662.
Bronner (A.), 18, 159, 189, 193.
Browne (L.), 107, 115, 116, 223, 224, 251, 252, 256.
Brühl, 686.
Brunet, 409.
Bull (W. C.), 186, 189.
Buret, 18.
Butlin, 50, 52.
Butte, 64.
Buys, 29.
Bylsma, 400.
Bywater (H.), 477.

Cabuche, 565.
Callet, 296.
Carpentier (A.), 119.
Cartaz, 663.
Castel (du), 477.
Castex, 657, 658, 684, 711.
Cazalis, 637.
Cerf, 231.
Cestan, 539, 683.
Chamberbatch, 191.
Chamers (T.), 440, 496.
Champeaux (de), 751.
Charles, 711.
Chavanne, 719.
Chavasse, 543, 698, 700, 703, 704, 709.
Chauveau, 355.
Cheatle (A. H.), 158, 159, 187, 190, 193, 194.
Cheval, 683.
Chevalier, 710.
Choussaud, 369.
Coacley (C.), 475.
Cobbledick, 190.
Coble (Fr.), 436, 497.

1. Les chiffres en *caractère gras* se rapportent aux travaux originaux parus dans la REVUE HEBDOMADAIRE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE; les chiffres *ordinaires*, aux analyses.

Collet, 21.
Collier (M.), 101, 107, 111, 112, 115, 116, 220, 221, 223, 225, 252.
Collin, 712.
Collinet, 577, 654, 657, 708, 709.
Concanon (J. J.), 388.
Coomes, 636.
Cordes (H.), 136.
Cotterie, 162.
Courtade, 665.
Croes (de), 596.
Cros (W.), 164.
Curnston (Ch. G.), 713.
Curtis, 417.
Curtis (H.), 440.

Dalby, 159, 186, 190, 192, 194.
Danel, 628.
Decoly, 53.
Dejardin, 298.
Delie, 641, 701.
Delsaux, 688.
Demme (K.), 227.
Dench, 441.
Denker, 318, 324.
Denoyès (J.), 609.
Depage, 206, 207, 264.
Depoutre (L.), 26, 121.
Dervaux, 628.
Descos, 569.
Desplatz, 447, 472.
Deutschländer, 320, 330.
Donelan (P. S.), 47, 49, 438.
Dudley, 505.
Duel (A. B.), 386, 391.
Duran (P.), 293.

Ehrnfried, 330, 333.
Ephraïm, 575.
Escat, 300, 699, 709, 710.

Fagge, 159, 190, 194.
Faggett, 193.
Fischer (M. J.), 601.
Forest Villard (de), 604.
Francesco (Montoro de), 297.
Freudenthal, 386, 435, 498.
Frey, 766.

Galatti (D.), 258.
Gaudier, 417.
Gellé, 142, 398, 599.
Gellé père, 701.
Gerber (P. H.), 53.
Girard, 333.
Goerke, 323, 328, 330.
Goldstein (M.), 441, 470, 473, 498.
Gottstein (G.), 562.
Gouly, 302.
Gradenigo, 267.
Grant (D.), 50, 51, 108, 109, 111, 112, 113, 115, 117, 157, 158, 162, 187. 191, 254, 256.
Graupner, 739.
Grunert, 142, 167, 168, 170, 171, 173, 174, 200, 236, 265, 269, 301.
Grunwald, 382, 383, 385.
Guillain (G.), 749.
Guillemin (A.), 17.
Guye, 303, 529.

Habermann, 318, 323, 326, 331.
Haike, 737, 738.
Hallopeau, 61.
Halsted (T. H.), 443, 498.
Hamon de Fougeray, 20, 701.
Harris (T. J.), 387, 391, 392. 433, 434.
Harrisson (D.), 393.
Hartz (H.), 473.
Haug, 385.
Hecht, 385.
Heine, 738, 739.
Hennebert (C.), 60, 543.
Heschelin, 608.
Hill, 190.
Hinsberg, 139.
Hödlmoser, 299.
Hoffmann, 318.
Holscher, 61.
Holt, 436.
Hopmann, 124, 528.
Horne (J.), 48, 188.
Huyberechts (Th.), 207.

Jack (F. L.), 500.
Jacobson, 738.
Jacques, 264, 661, 695, 706, 707.
Jakins (P.), 111, 258.
James (C.), 110.
Jansen, 310, 319.
Jassinger, 298.
Joal, 449.
Johnson (W.), 434, 441, 503.
Joncheray, 708, 710.
Jones (H.), 163.
Jones (M. N.), 194.
Jousset, 305.
Jurgens (T.), 93, 416, 606.

Katz, 737.
Kayser, 321.
Kelson, 224, 254, 476.
Klein (Wald.), 531, 533.
Koenig, 303, 413, 599.
Koerner, 317.
Kolopinski, 359.
Kretschmann, 329.
Kronenberg, 529.
Kümmel, 323.

Lack (L.), 51.
Lake (R.), 187, 188, 190.
Lannois, 684, 712.
Lapeyre, 600.
Lartigau (A. J.), 95.
Laurens, 667, 687, 695.
Lauwers, 175.
Lavrand, 25, 685, 698.
Law, 50.
Lawrence (A. K.), 189.
Leclercq Demeur, 64.
Ledermann, 390, 392, 433, 440, 471, 498.
Leduc, 605.
Lee (G. G.), 393.
Lejars, 297.
Lépine, 61.
Lermoyez, 23, 660, 661, 685, 686, 703, 704, 705, 709.
Leutert, 317.
Libott, 303.
Lincoln (W.), 437.
Lubet-Barbon, 661, 683.
Luc, 683, 685, 686, 698.
Lucae (A.), 414, 637.

Mac Bride, 157, 94, 530.
Maclaw (J.), 437, 469.
Mackenzie Johnston, 188.
Mackernon (J. F.), 386.
Magunna, 134.
Mahaux (Em.), 267.
Mahu, 661, 699, 700, 709, 712.
Malherbe, 335, 683, 705.
Mann, 331.
Marie (P.), 749.
Marsoo, 196.
Massier, 703, 753.
Mayer (E.), 386, 389, 392, 664.
Mercier Bellevue, 689.
Meyer, 23.
Milligan, 158, 163, 187, 189, 190, 193, 194.
Mial (L.), 441.
Mink (P. S.), 59, 715.
Molinié, 659, 698.
Moll, 663.
Moller (J.), 540.
Mongour, 714.
Monier, 19, 701.
Monro (C. K.), 395.
Montfort, 337.
Morell (A.), 206.
Morestin, 334.
Moses (V.), 57. 94, 530.
Moure (J.), 38, 145, 401, 656, 659, 661, 662, 663, 680, 685, 698, 704.
Mouret (J.), 609, 659, 703.
Muhlen (A. von Zur), 200.
Müller (R.), 415.
Musson (Emma), 717.
Myles, 386, 387, 390, 391, 393, 432.

Nardi (J.), 58.
Nauvelaers, 54.
Nelson (Ph.), 394.
Neumayer, 383.
Nicol, 163.
Nilous, 295.
Noquet, 684.
Nörregaard, 531.
Nourse (Ch.), 46, 114, 221, 253, 254, 257.

Onodi, 97, 273.
Osler (W.), 411.
Ostmann, 478, 666.

Page (L. F.), 435, 437.
Panse, 318, 325.
Panzer, 765.
Parker (C. A.), 631.
Parmentier, 55.
Pauly, 537.
Pearson (J. V.), 356.
Pegler, 51.
Perrin (M.), 65.
Peyne (R.), 504, 505.
Piaget, 712.
Pick (V.), 768.
Pierce (N.), 472, 570, 573.
Politzer, 353, 354, 766.
Ponthière (de), 265.
Pooley (Th.), 444.
Pophillat (L.), 225.
Powell (F. G.), 50, 51.
Poyet, 635.

Preysing, 318.
Price-Brown, 436.
Pritchard (U.), 157, 159, 162, 188, 189.

Quinlain (F.), 388, 390, 391.
Quintin (L.), 396.

Ramsay (H. M.), 51.
Raoult (A.), 429, 629, 686, 700, 707, 709.
Reinhard (P.), 127.
Richard (G.), 444.
Richards (A.), 436.
Richardson (Ch.), 501.
Richter, 750.
Riedl, 385.
Rispail, 687.
Rivet, 263.
Roaldès, 1.
Rogers (F. E.), 437.
Romme, 24.
Rosenberg (A.), 10.
Roy (P.), 537.
Rozier (J.), 766.
Ruault, 655.

Saint-Clair Thomson, 46, 47, 48, 52, 158, 187.
Santi (de), 44, 158.
Scatliff, 108.
Schaeffer, 384.
Schech, 384.
Scheibe, 318, 321, 326.
Schmidt, 528.
Schmiegelow (E.), 484, 513, 531, 533, 545, 656.
Schmithnisen, 530.
Schulze, 142, 167, 168, 170, 171, 173, 174, 203, 236, 265, 299, 301.
Schwabach, 737, 739.
Sheppard, 499.
Siebenmann, 229.
Simonin, 198.
Snow (L.), 436.
Sonntag, 738.
Sota y Lastra (de la), 394.
Specker, 129.
Spencer (W. G.), 43, 45, 47.
Spicer (S.), 194.
Stanculéanu, 26.
Stein (Otto), 433, 440, 505.
Stella (de), 410.
Stewart (W. R.), 446.
Stocker, 221, 447.
Stucky, 439, 502.
Sturmann. 55.
Suarez de Mendoza, 638.

Takamine (J.), 442.
Texier (V.), 673, 697, 699, 707.
Thevenot, 238.
Thomas, 33.
Tilley (H.), 44, 45, 159.
Tod (H.), 506.
Toubert, 28, 235, 307, 659, 660.
Tourreil, 138.
Trautmann, 738, 739.
Treitel, 738.
Tresilian, 109, 116.
Turner (L.), 163.

Urbantschitsch, 353, 354.

Vacher, 661, 662, 699, 700, 704, 705.
Van Swieten, 166.
Variot, 537.
Veau (V.), 509.
Vedova (Della), 126.
Vergely, 608.
Verger, 714.
Vinrace, 252.

Waggett (E.), 46, 49, 50, 193.
Wagner (L.), 360, 434, 435.
Walker (S.), 162, 189.
Ward (M. R.), 442, 471.
Waterhouse (H. F.), 381.
Wells (M. A.), 364.
Wertheim, 332.
Westmacott (F.), 45, 46.
Wild (Von), 318.
Williams (W.), 447.
Wilson (N.), 439, 442.
Wilson (S.), 604.
Wingrave (W.), 108, 111, 113, 115, 251, 252.
Wright (J.), 497.
Wybauw, 239.

Yearsley (M.), 158, 189, 193.
Yonge (S.), 362.

Bordeaux. — Imp. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DE

La REVUE du Dr E. J. MOURE

1er février 1902.

Bouche et Pharynx buccal.

Abercrombie (Peter). — Chancre primitif de l'amygdale; infection probable par adénotomie (*British med. Journ.*, 21 sept. 1901).

Baudouin. — Paralysie compliquant une angine membraneuse reconnue comme non diphtérique à l'examen bactériologique (*Touraine méd.*, nº 11, 15 nov. 1901).

Baumgarten. — Des difficultés de la déglutition dans les affections des parties antérieure et supérieure du pharynx (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, nº 12, 15 déc. 1901).

Bayle (Ch.). — Cancer du maxillaire supérieur d'une forme ayant pour origine les glandes muqueuses de la voûte palatine (Thèse de Lyon, 1901).

Berest (A.). — Des troubles nerveux chez les amygdaliens (Thèse de Paris, 1901).

Biéloussov. — Un cas d'angine streptococcique avec phénomènes généraux traitée par le sérum antistreptococcique (*Diétskaja med.*, Moscou, nº 5, 1901).

Blum (A.). — Contribution à l'étude du rôle des dents dans quelques infections (angine de Ludwig et adénite tuberculeuse cervicale) (Thèse de Paris, 1901).

Bosworth (F. H.) (New-York). — Les amygdales au point de vue purement clinique (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 51, 1901).

Buret. — Gingivite syphilitique simulant la stomatite mercurielle; guérison par le traitement hydrargyrique (*Progrès méd.*, nº 43, 26 oct. 1901).

Cahuzac (P.). — Contribution à l'étude des organes lymphoïdes du pharynx et de l'amygdale, en particulier, dans leurs rapports avec l'infection (Thèse de Lyon, 1901).

Cary (Charles). — Un cas de pneumonie compliquée d'exsudat pseudo-membraneux des muqueuses buccale, linguale, pharyngienne, nasale, conjonctivale, etc., occasionnée par le diplococcus pneumonæ (*Boston med. and surg. Journ.*, 6 juin 1901).

Chambers (Talbot) (Jersey City) — Complications ganglionnaires de l'amygdalite et de la péri-amygdalite (*The Laryngoscope*, vol. XI, nº 4, Saint-Louis, oct. 1901).

Chauveau. — Pathologie pharyngée de Paracelse (*Ann. des mal. de l'oreille*, nº 11, nov. 1901).

Davis (H.-J.). — Un cas d'élongation de la luette (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 43, 26 oct. 1901).

Demme (Berlin). — Des anomalies des vaisseaux du pharynx (*Wiener med. Wochens.*, nº 48, 1901).

Deutz (Th.) (Utrecht). — L'hygiène de la bouche (*Ned. Tijdsohr. voor Geneeskunde*, nº 8, 1, 1901).

Diard. — Les manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire tardive (Thèse de Paris, 1901).

Eicke. — Du carcinome de la langue et de sa curabilité par les moyens chirurgicaux (*Ueber den Zungenkrebs und dessen Heilbarkeit auf Operativen Wege)* (Dissert, Breslau, 1901).

Eiselberg. — De la technique uranoplastique (*Archiv f. klin. Chir.*, Band LXIV, Heft 3).

Finger. — La syphilis buccale (*Wiener med. Wochens.*, nos 42, 43 et 44, 1901).

Forchheimer. — Étiologie et traitement de la pyorrhée alvéolaire et de la stomatite ulcéro-membraneuse chronique (*Saint-Paul med. Journ.*, juin 1901).

Forns. — L'héliothérapie dans le traitement des pharyngites (*Rev. especialidades med.*, n° 60, 1901, et *El siglo med.*, 29 déc. 1901).

Galippe. — Étude sur l'hérédité et les anomalies des maxillaires et des dents (*Rev. de méd.*, n° 10, oct. 1901).

Geronzi. — Du spasme clonique du pharyngo-staphylin, avec une étude sur l'innervation du voile du palais (*Archiv. ital. di laryngol.*, oct. 1901).

Getchell. — Hémorragie grave après ablation d'amygdales hypertrophiées et de végétations adénoïdes; relation d'un cas (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, n° 14, 5 oct. 1901).

Goldstein (Saint-Louis). — Suppuration aiguë des amygdales et du tissu périamygdalien (*The Laryngoscope,* vol. XI, n° 4, Saint-Louis, oct. 1901).

Goodale (J.-L.). — L'histologie des altérations rétrogrades des amygdales chez les adultes (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryng.*, n° 51, 1901).

Grant (Dundas). — Tumeur de la base de la langue (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 3 mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 45, 9 nov. 1901).

Grant (Dundas). — Épithélioma de l'amygdale avec engorgement ganglionnaire étendu, chez un adulte (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er fév. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 41, 1901).

Grant (Dundas). — Perforation spécifique du palais et ulcération du larynx d'apparence tuberculeuse (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 44, 2 nov. 1901).

Grant (Dundas). — Explication de l'aspect simulant des ulcères excavés dans quelques cas d'amygdalite lacunaire aiguë (LXIXe Congrès de l'Assoc. méd. brit., août 1901, *in British med. Journ.*, 28 sept. 1901, et *Journ. of laryngol.*, oct. 1901).

Hahn. — Un cas d'ulcération épithéliomateuse très étendue de la face avec destruction (*Ann. des mal. de l'oreille,* n° 11, nov. 1901).

Hartz (H. J.) (Detroit). — Abcès périamygdalien chronique ou à répétition (*The Laryngoscope,* vol. XI, n° 4, Saint-Louis, oct. 1901).

Horne (Jobson). — Un cas de tumeur maligne de l'amygdale (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 42, 19 oct. 1901).

Jakovlev. — Le bacille fusiforme dans les angines ulcéro-membraneuses (Soc. des méd. des hôpitaux de Saint-Pétersbourg, *Gaz. Botkina*, n° 47, 1901).

Jankelevitch. — La tuberculose latente des amygdales et des végétations adénoïdes (*Semaine méd.*, n° 1, 1902).

Josias et **Tollemer.** — Lymphome malin généralisé à début amygdalien chez un enfant de neuf ans (*Presse méd.*, n° 100, 14 déc. 1901).

Kelson. — Chancre primitif de l'amygdale (*British med. Journ.*, 26 oct. 1901).

Kissel. — Un cas de noma (après rougeole) chez un enfant de cinq ans avec issue favorable (*Archiv f. Kinderheilk.*, Band XXXII).

Lack (Lambert) (Londres). — De l'ablation des amygdales chez les adultes (Assoc. méd. brit., juillet-août 1901, *Journ. of Laryngol.*, Londres, oct. 1901, et *British med. Journ.*, 28 sept. 1901).

Lafarelle. — Sur deux cas de lithiase salivaire de la glande sous maxillaire ayant nécessité l'extirpation de la glande (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 39, 28 sept. 1901).

Lapiner. — Angine scarlatineuse comme cause d'éripysèle de la face (*Dietskaja med.*, Moscou, n° 5, 1901).

Lefrançois (Cherbourg). — Des varices de la base de la langue considérées comme un symptôme du cancer de l'œsophage (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 39, 28 sept. 1901).

Léjars. — Rétrécissements cicatriciels du pharynx (Soc. de chir., séance du 13 et 20 nov. 1901, *in Semaine méd.*, n° 49, 1901).

Loos (R.) (Vienne). — Structure en topographie de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur (*Œsterr.-Ung. Vientelfahrsschr. f. Zahnheilk.*, Band 1901).

Mc Kenzie Johnston. — Cas de sarcome de l'amygdale, avec examen microscopique (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 46, 1901).

Makuen (Hudson). — La division du palais et ses relations avec la parole (XXIII° Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 51, 1901).

Mayhew (J. M.) (Lincoln, E. U.). — Amygdalite aiguë avortée par l'emploi d'une solution de chlorure d'adrénaline à 1/1500 (*Deuver med. Times*, sept. 1901).

Michelsen (Mads). — Des rapports étiologiques des amygdalites aiguës avec d'autres maladies, et en particulier avec l'angine tonsillaire rétronasale *(Ueber die actiologischen Besichungen der akuten Entzündungen der Tonsillen zu anderen Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Angina tonsillaris retronasalis)* (Thèse de Berlin, 1901).

Minssen. — Angines et polyarthrites rhumatismales *(Angines und Polyarthrites rheumatica)* (Dissert. Kiel, 1901).

Monnier. — Coexistence chez un même malade d'une angine à bacille diphtérique et d'une stomatite à bacille de Vincent (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 10, 4 janv. 1902).

Montgomery. — Épithélioma de la lèvre supérieure (San Francisco Acad. of med., séance du 22 oct. 1901, *in Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 30 nov. 1901).

Neukirsch. — Péritonite consécutive à une angine (Soc. méd. de Nuremberg, séance du 6 juin 1901, anal. *in Tribune méd.*, 10 oct. 1901).

Oppenheimer (Seymour). — Affection traumatique de la luette (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 7 sept. 1901).

Pauly. — Troubles du goût dans le domaine de la corde du tympan par lésion basilaire (Soc. nation. de méd. de Lyon, séance du 25 nov. 1901, *in Lyon méd.*, n° 49, 1901).

Pophillat. — Paralysies angineuses; paralysies consécutives aux angines non diphtériques (Thèse de Paris, 1901).

Raves. — Œdème angioneurotique de la langue (*British med. Journ*, 21 déc. 1901).

Reyburn (Robert). — Prévention de la bouche et du nez contre des maladies infectieuses microbiennes (*Amer. med.*, 29 juin 1901).

Ritter. — De l'haleine buccale, ses causes et traitement (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, Band V, n° 9, 15 sept. 1901).

Rivet. — Adénites et adénophlegmons de la joue (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 6, 7 déc. 1901).

Robinson (Bentham). — Un cas de sarcome (?) de la langue et du pharynx (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 42, 19 oct. 1901).

Rhodes (Edwin) (Chicago). — Chancre de l'amygdale (XXIII[e] Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 51, 1901).

Samson (Stanley) (Lancaster). — Un cas de corps étranger rare dans le pharynx (*The Laryngoscope,* vol. XI, n° 4, Saint-Louis, oct. 1901).

Santi (de). — Un cas d'hémorragie sous-muqueuse du voile du palais (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 43, 26 oct. 1901).

Seconds (H.). — Des manœuvres préventives dans les opérations intéressant la bouche et la cavité bucco-pharyngée (tubage du larynx) (Thèse de Toulouse, 1901).

Semon (Félix). — Lacunes symétriques congénitales des deux piliers antérieurs, avec absence complète d'amygdales (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1[er] fév. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 40, 1901).

Shattock (S. G.). — Un cas d'imperforation du pharynx (Pathol. Soc. of London, séance du 15 oct. 1901, *in British med. Journ.*, 19 oct. 1901).

Simonin. — Les complications de l'angine de Vincent et leur pathogénie (Soc. méd. des hôpit., séance du 6 déc. 1901, *in Semaine méd.*, n° 51, 1901).

Siredey et **Montoux.** — La stomatite de Vincent (Soc. méd. des hôpit., séance du 25 oct. 1901, *in Bull. méd.*, n° 85, 1901).

Smirnov. — Actinomycose de la langue chez l'homme (*Med. Obozreniè,* Moscou, oct. 1901).

Stern. — Anomalies congénitales de la luette et du voile du palais *(Congenitale Anomalien der Uvula und des Weichen Gaumens)* (Dissert. de Wurzbourg, 1901).

Stout (George) (Philadelphia). — Un cas d'accident syphilitique primitif de l'amygdale buccale (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 12 oct. 1901).

Talbot (Eugène). — Gingivite interstitielle comme symptôme prédominant et précoce d'auto-intoxication et d'empoisonnement médicamenteux (*Chicago med. Recorder*, mars 1901).

Teltcharov. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de la face interne de la joue (Thèse de Montpellier, 1901).

Thomson (E.). — Érythème septique maculo-papuleux au déclin d'une angine folliculaire (*Saint-Petersburger med. Wochens.*, n° 35, 1901. *in Deuts. med. Zeitung*, n° 86, 1901).

Thorne (Attwood). — Un cas de pharyngo-mycosis chez une femme (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 44, 2 nov. 1901).

Veillard (Paris). — Examen histologique de quelques cas de kératomycose de l'amygdale (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 39, 28 sept. 1901).

Verger et **Abadie.** — Sur un cas de gingivite à spirille et à bacille fusiformes de Vincent (*Journ. de méd. de Bordeaux,* n° 30, 1901).

Waggett. — Un cas de fenêtration congénitale des piliers antérieurs (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1[er] nov. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 2, 11 janv. 1902).

Wagner (Henry) (San Francisco). — Lymphosarcome épipharyngé (XXIII[e] Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 51, 1901).

Wertheimer. — De l'état actuel de nos connaissances sur l'angine lacunaire (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 4).

Wingrave (Wyatt). — Un cas de rash après amygdalotomie (*Journ. of laryngol.*, Londres, oct. 1901, et *Lancet,* 31 août 1901).

Wright (C. M.). — Affections des gencives et des alvéoles (*Cincinnati Lancet Clinic,* 8 juin 1901).

Nez, Pharynx nasal et Cavités accessoires.

Abeles. — Des irrigations nasales; indications et contre-indications (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, Band V, nos 10 et 11, 15 oct. et 15 nov. 1901).

Aboulker. — Quelques remarques sur les signes et le diagnostic des sinusites maxillaires (*Bull. méd. de l'Algérie*, juillet 1901).

Allen (Ch.). — Du rhinosclérome (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 19 déc. 1901).

Baker. — Les relations du cornet moyen avec les affections chroniques (*Philadelphia med. Journ.*, 28 déc. 1901).

Bardes (New-York). — Obstructions nasales et affections otitiques (*Med. Record*, 16 nov. 1901).

Barth. — De l'état actuel de la pathologie et du traitement de l'ozène (*Fortschritte der Med.*, 33, 1901).

Beaman (Douglas). — Étude de l'application du galvanocautère dans le nez (*Pratique med.*, no 11, 15 nov. 1901).

Bliss (Arthur Ames) (Philadelphia). — L'opération supralabiale (opération d'Harrison Allen) pour corriger les déviations de la cloison nasale (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, no 51, 1901).

Broeckaert (Gand). — Prothèse nasale au moyen de paraffine solide d'après le procédé d'Eckstein (*Rev. hebd. de laryngol.*, no 49, 7 déc. 1901).

Bryan (J. H.) (Washington). — Abcès des sinus frontal et ethmoïdal des deux sinus sphénoïdaux, avec nécrose étendue de ces os, compliquée d'un adénome des régions sphénoïdale et ethmoïdale postérieures (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, no 51, 1901).

Casselberry (William) (Chicago). — Affection séreuse de l'antre maxillaire avec relation de deux cas (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, no 51, 1901).

Cohn (Robert). — Le diagnostic de l'empyème des cavités accessoires du nez (*Occidental med.*, juin-oct. 1900).

Coolidge (A.) (Boston). — Asymétrie des cavités nasales (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, no 51, 1901).

Custer. — Empyème du sinus sphénoïdal (*Columbus med. Journ*, déc. 1900).

Delavan (Bryson) (New-York). — La chirurgie des tumeurs naso-pharyngiennes (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, no 51, 1901).

Eckley. — Sinus intra-nasaux et fosses nasales (*Chicago Clinic.*, juillet 1900).

Félix. — Des végétations adénoïdes (*Berliner Klinik*, mai 1901).

Gallois. — Attaques de rhumatisme consécutives à des opérations intra-nasales (*Bull. méd.*, no 96, p. 1035, 7 déc. 1901).

Gavallo. — Instrument pour l'opération radicale des sinusites maxillaires chroniques par le procédé Caldwell-Luc (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, déc. 1901).

Gerber. — Atlas des maladies du nez et des cavités accessoires (*Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes*) (Fasc. 8, Berlin, Krager, 1901).

Goldsmith (Percy). — Sarcome primitif de la fosse nasale droite avec sinusite frontale aiguë et phlegmon de l'orbite (*Canadian Pract. and Rev.*, déc. 1900).

Grant (Dundas). — Un cas de sténose nasale avec symptômes surtout subjectifs (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er nov. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, no 2, 1902).

Haas. — L'ostéome des fosses nasales (*Beitrag z. klin. Chir.*, Band XXXI, Heft 1).

Hamilton (J.-A.). — Excision partielle du maxillaire supérieur pour tumeur maligne de l'antre (*Australasian med. Gaz.*, 20 oct. 1900).

Hawkes (C. S.). — Racine de dent dans un kyste dentaire de l'antre (*Australasian med. Gaz.*, 20 nov. 1900).

Hinsberg. — Du mécanisme d'infection dans les méningites consécutives aux suppurations du sinus frontal (Verhandlungen der Deut. otol. Gesellschaft, X^e^ Congrès, Breslau, mai 1901).

Hochstetter. — Du développement du nez (*Wiener klin. Wochens.*, n° 39, 1901).

Iglauer (S.). — De quelques bactéries trouvées dans le nez (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 5, Saint-Louis, nov. 1901).

Jacques (Nancy). — Deux cas d'empyème quadruple chronique des sinus de la face, opérés par le procédé de Luc (Soc. de méd. de Nancy, séance du 24 juillet 1901, *in Rev. méd. de l'Est*, n° 23, 1^er^ déc. 1901).

Jankelevitch. — La tuberculose latente des amygdales et des végétations adénoïdes (*Semaine méd.*, n° 1, 1^er^ janvier 1902).

Landgraf (L.) (Budapest). — De la pathogénie de l'empyème du sinus maxillaire (*Wiener Zahnarztl. Monats.*, n° 10, 1900).

Lauffs. — Rhinite gonorrhéique chez les adultes (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, Band V, n° 11, 15 nov. 1901).

Lermoyez. — Cause et traitement d'une névralgie faciale due à la galvanocaustie de la pituitaire (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 10, oct. 1901).

Levings (A. H.). — Étiologie, pathologie et traitement des tumeurs du nez et des cavités accessoires (*Clin. Rev.*, fév. 1901).

Lohnberg. — Deux cas de corps étrangers des fosses nasales (*Münch. med. Wochens.*, n° 45, 5 nov. 1901).

Macintyre (John). — L'application des sciences physiques à la chirurgie du nez et de la gorge (*Journ. of laryngol.*, n° 12, déc. 1901).

Malherbe (A.). — Les rhino-pharyngiens à la clinique chirurgicale infantile de la Faculté de médecine de Paris (*Bull. méd.*, n° 96, 7 déc. 1901).

Mancioli. — Des déviations de la cloison nasale (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, fasc. II, déc. 1901).

Mayer (Emil) (New-York). — De l'empyème de l'antre d'Highmore chez les enfants (XXIII^e^ Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 51, 1901).

Michaelis. — Association de syphilis tertiaire et de carcinome cylindrique de la cloison des fosses nasales (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, Hefte 1 et 2).

Montoro de Francesco. — Deux cas de guérison radicale de l'ozène sous l'influence d'un érysipèle intercurrent de la face (*Riforma med.*, 15 nov. 1901, anal. *in Bull. méd.*, n° 93, 1901).

Moure. — Traitement des déviations de la cloison nasale (*Archiv. lat. de rinol.*, Barcelone, nov.-déc. 1901).

Moure. — Des corps étrangers des fosses nasales (*Touraine méd.*, n° 12, 15 déc. 1901).

Moure et **Lafarelle.** — Sur quelques particularités morphologiques du naso-pharynx étudiées au point de vue clinique (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n^os^ 50 et 51, 1901).

Musson (Emma). — Ostéite raréfiante dans un cas d'empyème chronique de l'ethmoïde et du sphénoïde, simulant une rhinite atrophique (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, n° 6, déc. 1901, anal. *in Med. Record*, 30 nov. 1901).

Ostino et **Gilardoni.** — La variété morphologique adénoïdienne (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, déc. 1901.

Pfingst (Adolph). — Empyème de l'antre d'Highmore (*Louisville Journ. of med. and surg.*, nov. 1900).

Picaro (V.). — Traitement radical du lupus du nez (*Rev. de laringol.*, Barcelone, oct. 1901).

Pierce (Norval) (Chicago). — Traitement de certaines affections purulentes de l'antre d'Highmore par les orifices naturels (*Philadelphia med. Journ.*, 21 déc. 1901).

Porochine. — Lipome naso-pharyngien, pharyngotomie sous-hyoïdienne (*Vratch*. nº 48, 1901).

Risley (S. D.). — Déplacement du globe oculaire dans les affections des sinus frontal et ethmoïdal (*Internat. med. Magaz.*, oct. 1900).

Rice (Clarence) (New-York). — Méthode de traitement local employé pour supprimer la susceptibilité de la muqueuse nasale dans le hay-fever (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 51, 1901).

Robertson (Wm. N.). — Empyème chronique de l'antre d'Highmore (*Australasian med. Gaz.*, 20 nov. 1900).

Roe (John) (Rochester). — Épilepsie réflexe par affection nasale traitée avec succès par la suppression de cette dernière (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 51, 1901).

Royet. — Polypes muqueux des deux sinus maxillaires, des deux sinus sphénoïdaux avec intégrité des cellules frontales et ethmoïdales, de la muqueuse des cornets et de la cloison (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 13 nov. 1901, *in Lyon méd.*, nº 49, 1901).

Schroetter (H. von) (Vienne). — 1º Un cas d'empyème double d'origine grippale; 2º Deux cas de papillome du nez (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 10, Berlin, p. 419, oct. 1901).

Stewart. — Polypes latents du nez (*British med. Journ.*, 21 déc. 1901).

Testut. — Les nerfs moteurs et sensitifs de l'orbite dans leur trajet à travers le sinus caverneux et la fente sphénoïdale (*Lyon méd.*, nº 32, 1901).

Tilley (Herbert). — Deux molaires avec des couronnes saines et des racines manifestement cariées; empyème de l'antre correspondant dans chaque cas (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er nov. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 2, 11 janvier 1902).

Tresp. — Casuistique de l'empyème du sinus frontal (*Zur Casuistik des Empyems der Stirnhöhle*) (Dissert. Greisswald, 1901),

Vertheim. — Démonstration d'un cas d'empyème chronique double du sinus frontal (Verhandlungen der. Deutschen otologischen Gesellschaft, Xe Congrès, Breslau, mai 1901).

Williams (P. W.) — Maladies des voies respiratoires supérieures (*Diseases of the upper respiratory tract : nose, pharynx, larynx*) (1e éd. in-8º, 400 p.. avec fig., Londres, 1901).

Wingrave (Wyatt). — Note sur certains états pathologiques simulant les végétations adénoïdes (*La Parole*, nº 11, 1901 ; *British med. Journ.*, 28 sept. 1901, et *Journ. of laryngol.*).

Witte (Rostock). — Usure de l'os propre du nez du côté gauche par des polypes muqueux. Régénération de l'os après ablation des polypes (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XL, Heft 1, 1901).

Wright (Jonathan) (Brooklyn). — Une page de l'ancienne histoire de l'anatomie du catarrhe nasal (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 51, 1901).

Larynx et Trachée.

Alexander. — Un cas de laryngocèle ventriculaire (*Berlin. med. Gesells.*, 10 juillet 1901).

Barr (N. H.). — Laryngo-trachéotomie pour corps étrangers (*Mississipi med. Record*, mars 1901).

Barts. — Deux cas insolites d'intubation (*Cleveland Journ. of med.*, avril 1901).

Beco (Léon) (Liège). — Papillomes diffus du larynx et de la trachée chez un enfant de quatre ans et demi. Trachéotomie. Deux thyrotomies. Fissure totale de la trachée. Guérison (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 42, 19 oct. 1901).

Carson. — Spécimen de papillome multiple du larynx (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 3 mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 45, 9 nov. 1901).

Compte rendu de la Société de laryngologie de Londres, séance du 3 mai 1901 (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 45, 9 nov. 1901).

Compte rendu de la Société de laryngologie de Londres, séance du 1er février 1901 (*Rev. hebdom. de laryngol.*, nos 40 et 41, 1901).

Compte rendu de la Société de laryngologie de Londres, séance du 8 mars 1901 (*Rev. hebdom. de laryngol.*, nos 42 et 43, 1901).

Compte rendu de la Société de laryngologie de Londres, séance du 7 juin 1901 (*Rev. hebdom. de laryngol.*, nos 46 et 47, 1901).

Compte rendu du XXIIIe Congrès de l'Association américaine de laryngologie (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 51, 1901).

Dean (F. W.). — Introducteur perfectionné pour intubation du larynx (*Med. Herald*, juin 1901).

Donelan. — Cas d'anévrysme de l'aorte où une paralysie de la corde gauche était le seul signe physique pendant la vie (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 46, 1901).

Farlow (J. W.). — Quelques cas de paralysie de la corde droite (XXIIIe Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 51, 1901).

Fränkel (B.). — De la périchondrite cricoïdienne (*Gezells. der Charité-Aerzte in Berlin*, VII, 27 juin 1901).

Grant (Dundas). — Cas de pachydermie des apophyses vocales (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 44, 2 nov. 1901).

Grant (Dundas). — Cas de fixation de la corde vocale gauche avec empyème de l'antre droit (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 43, 26 oct. 1901).

Grant (Dundas) et **Mackintosh.** — Cas de spasme de la glotte chez une jeune femme de vingt-quatre ans (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er février 1901, *in Rev. hebdom de laryngol.*, n° 41, 1901).

Grant (Dundas) et **Wyngrave (Wyatt).** — Un cas d'épithélioma supposé du larynx (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er février 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 41, 1901).

Hall (Havilland). — Paralysie de la corde vocale gauche en position cadavérique; paralysie faciale droite et paralysie du génio-glosse droit et de la moitié gauche du voile du palais (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 42, 19 oct. 1901).

Hall (Havilland). — Cas d'ulcération du larynx de nature tuberculeuse (?) chez un homme de quarante-huit ans (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 46, 1901).

Harvey et **Glegg.** — Un cas d'extirpation totale du larynx (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 43, 26 oct. 1901).

Hill (William). — Cas de tumeur bénigne de la corde vocale droite (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er février 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 41, 1901).

Horne (Jobson). — Un cas d'épithélioma du larynx (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 44, 2 nov. 1901).

Hovel (Marc). — Gros épithélioma de la corde vocale gauche chez un homme de soixante et un ans; ablation par une opération endolaryngée en 1886 et 1887, sans récidive depuis (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 3 mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 45, 9 nov. 1901).

Hunt (Middlemass), Baron (Barclay) et **Lake (Richard).** — Le traitement local de la tuberculose du larynx (Assoc. méd. brit., juillet-août 1901, *in Journ. of laryngol.*, Londres, oct. 1901).

Lack (Lambert). — Un cas de tumeur insolite (sarcome?) de la paroi postérieure du larynx (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 44, 2 nov. et n° 45, 9 nov. 1901).

Mackenzie (Hunter). — Traitement des néoplasmes du larynx chez les enfants (*La Parole*, déc. 1901 ; *British med. Journ.*, 28 sept. 1901, et *Journ. of laryngol.*, sept. 1901).

Middlemass Hunt, Barclay Baron, Lake (R.), Saint-Clair Thomson, etc. — Discussion sur le traitement local de la tuberculose laryngée (LXIX[e] Congrès de l'Assoc. méd. brit., août 1901, *in British med. Journ.*, 28 sept. 1901, et *Journ. of laryngol.*, oct. 1901).

Moeller (Yorgen) (Copenhague). — Un cas de paralysie du crico-aryténoïdien postérieur. Résultats de l'autopsie (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 2, Berlin, 1901).

Moses (Cologne). — Papillomes multiples du larynx (Soc. allemande de laryngo-rhino-otol. de l'Ouest, séance du 21 avril 1901, *in Münch. med. Wochens.*, n° 41, 1901).

Parker. — Un cas de pachydermie laryngée (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 3 mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 45, 9 nov. 1901).

Pegler. — Un cas de tumeur maligne (extrinsèque) du côté gauche du larynx chez un homme de cinquante-six ans (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 42, 19 oct. 1901).

Potter Furniss. — Un cas d'infiltration de la corde gauche chez un homme de vingt-huit ans (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 46, 1901).

Powell (Fitz-Gerald). — Un cas de tuberculose du larynx chez un jeune homme de dix-huit ans (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 44, 2 nov. 1901).

Ritter (von). — De l'atrésie du larynx post-intubatoire (*Archiv f. Kinderheilk.*, Band XXXII, 1901).

Robinson (Bentham). — Laryngite chronique avec épaississement de la partie postérieure du cricoïde (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 42, 19 oct. 1901).

Robinson (Bentham). — Kyste par rétention des follicules lymphoïdes de la vallécule (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 42, 19 oct. 1901).

Romme. — La tuberculose chez les anciens trachéotomisés et intubés (*Presse méd.*, n° 93, 20 nov. 1901).

Saint-Clair Thomson. — Cas d'infiltration de la corde droite datant de six mois (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 44, 3 nov. 1901).

Saint-Clair Thomson. — Cas d'infiltration de la corde droite depuis trois ans (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 44, 3 nov. 1901).

Saint-Clair Thomson. — Laryngite chronique avec ulcération d'une des cordes vocales (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 44, 3 nov. 1901).

Saint-Clair Thomson. — Cas de tumeur maligne du larynx chez un homme de cinquante-deux ans (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 46, 1901).

Sampson. — De la valeur de l'intubation du larynx (*Med. Record*, avril 1901).

Scheier. — Du traitement du cancer du larynx par la voie endo-laryngée (*Allg. med. Centr. Zeitung*, 8, 1901).

Scheier (Max) (Berlin). — Le larynx eunuchoïde (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 10, oct. 1901).

Schroetter (H. von) (Vienne). — Cas de tumeurs du larynx : 1º deux cas de carcinome, deux cas de sarcome et un cas de tumeur amyloïde du larynx; 2º troubles nerveux du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 10, p. 428-432, oct. 1901).

Schroetter (H. von) (Vienne). — 1º Carcinome primitif de la trachée au point de bifurcation; 2º tuberculose primitive de la trachée (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 10, p. 433-437, oct. 1901).

Schroetter (H. von). — 1º Trois cas d'œdème aigu et un cas d'œdème chronique du larynx; 2º pemphigus chronique du larynx; 3º un cas d'actinomycose du larynx; un cas rare de kératose du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 10, p. 421-427, oct. 1901).

Semon (Felix). — Trois cas de paralysie abductrice bilatérale dans le tabes dorsalis (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 47, 1901).

Semon (Felix). — Un cas de tumeur maligne du larynx traitée par la thyrotomie et l'ablation de la région envahie par le néoplasme; malade présenté sept mois après l'opération (Soc. de laryngol. de Londres. séance du 8 mars 1941, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 42, 19 oct. 1901).

Spencer (W. Q.). — Cas de tumeur de la corde vocale chez un enfant (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 43, 26 oct. 1901).

Spencer. — Cas de tumeur de la corde droite avec tuméfaction de la jambe chez un enfant de douze ans (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 44, 3 nov. 1901).

Spicer (Scanes). — Néoplasme du larynx siégeant sur la paroi postérieure et accompagné d'une parésie de la corde vocale gauche (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 44, 3 nov. 1901).

Spicer (Scanes). — Un cas de laryngite avec hyperplasie sous-glottique marquée au-dessous de la commissure antérieure (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 44, 2 nov. 1901).

Tilley (Herbert). — Deux cas de thyrotomie pour tumeur maligne des cordes vocales (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 46, 1901).

Tilley (Herbert). — Papillome du larynx enlevé par la méthode endolaryngée (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er février 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 41, 1901).

Tavölgy (E.). — De la tuberculose laryngée (*Pest. med. chir. Presse*, 12, 19 et 26 mai, 2 et 9 juin 1901).

Trumpp. — Le sort ultérieur des enfants survivant à la trachéotomie et à l'intubation (*Münch. med. Wochens.*, nº 43, 1901).

Vedova (Della). — Contribution à l'étude de la laryngectomie (*Ann. des mal. de l'oreille*, nº 10, oct. 1901).

Verhandlungen *der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin 28 Januar 1900 bis 14 dec. 1900* (Compte rendu de la Société de laryngologie de Berlin, 26 janv.-14 déc. 1900, Band XI, Berlin, Schumacher, 1901).

Vichmann.— Des fractures indirectes du larynx (*Viertel Jahrschr. f. gerichtl. Med.*, XX, 1900).

Villard (de Forest) (Philadelphie). — De l'extraction de corps étrangers des voies respiratoires (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 26 oct. 1901).

Wild (O.) (Freiburg im Br.). — Deux nouveaux cas de bronchoscopie pour corps étrangers (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Berlin, 1901).

Zalewski. — Deux cas de trachéotomie consécutive à une affection syphilitique grave du larynx (*Przeglad Lekarski*, nº 20, 1901).

Oreilles.

Albesheim (Berlin). — Contribution à l'étude de la bactériologie des otites rubéoliques (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Alt. — Ligature de la veine jugulaire dans les cas de thrombose otitique des sinus (*Wiener klin. Wochens.*, 14 mars 1901).

Ballinger (W. Lincoln) et **Wippen.** — Manuel des maladies des yeux, de l'oreille, du nez et de la gorge, à l'usage des étudiants et des praticiens *(Eye, ear, nose and throat diseases. A manual for students and practitioners)* (H. Kimpton, Londres, 1901).

Bar (L.) (Nice). — La tricophytie du conduit auditif externe (*Rev. de laringol.*, Barcelone, oct. 1901).

Braquehaye (J.). — Les exostoses du conduit auditif (*Bull. de l'hôpit. civil franç. de Tunis*, juillet 1901).

Braunstein. — De la valeur de la ponction lombaire pour le diagnostic des complications intra-craniennes d'origine otitique (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, Hefte 1 et 2).

Breyre (C.) (Liège). — Un cas de cholestéatome sans suppuration (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 48, 23 nov. 1901).

Brunel (P.) (Paris). — De la perforation du tympan comme moyen de diagnostic et de pronostic dans les surdités (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 43, 26 oct. 1901).

Burnett (Charles) (Philadelphia). — De l'incudectomie dans le traitement de la surdité progressive, du bourdonnement et du vertige auriculaire (*Pensylvania med. Journ.*, Pittsburg, oct. 1901).

Cohn (Jacob) (Berlin). — Des méningites otogènes (*Archiv f. Otol.*, vol. XXX, n°s 4 et 5, New-York, août-oct. 1901).

Coll y Bofill. — De quelques relations de l'appareil auditif avec la vision (*Rev. de laryngol.*, Barcelone, oct. 1901).

Cordes. — Du traitement des otites moyennes chroniques sèches, et en particulier des otites scléreuses par la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe (*Klin. therapeut. Wochens.*, n° 47, Vienne, 24 nov. 1901).

Deuch (E. B.). — Traitement opératoire de la mastoïdite aiguë (*Med. News*, 6 juillet 1901).

Dezon (Périgueux). — Surdi-mutité temporaire chez une myxœdémateuse à type fruste (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 45, 9 nov. 1901).

Dodine. — Contribution à l'étude de la maladie de Ménière (*Med. Obozrenié*, Moscou, oct. 1901).

Dubar. — Thrombo-phlébite isolée de la jugulaire interne à forme septico-pyohémique d'origine otique sans participation du sinus latéral, sans mastoïdite. Guérison (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 45, 9 nov. 1901).

Eitelberg. — La psychothérapie comme moyen adjuvant du traitement des affections de l'oreille (*Wiener méd. Presse*, 21 juillet 1901).

Falkman. — Diagnostic des perforations du tympan (*Ugeskrift for Laeger*, 21 et 28 juin 1901, anal. *in Semaine méd.*, n° 32, 1901).

Gaudier (Lille). — Emploi du bleu de méthylène dans le traitement des otites moyennes suppurées chroniques (*Echo méd. du Nord*, n° 41, Lille, 13 oct. 1901).

Genta. — Bruits auriculaires par hypertension artérielle (*Ann. di laringol.*, fasc. 3, Gênes, 1901).

Gouly. — Mastoïdite aiguë à forme récidivante guérie sans intervention (*Union méd. du Nord-Est*, n° 22, Reims, 30 nov. 1901).

Grunert (Halle a/S.). — Du traitement opératoire de la thrombose sinusienne d'origine otitique (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Habermann (Graz). — La pathologie de la surdimutité et la niche de la fenêtre (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Hansen (E.) (Halle a/S.). — De l'état du fond de l'œil dans les affections intra-craniennes d'origine otitique. Étude basée sur des observations cliniques depuis 1892 (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Hasslauer. — La bactériologie des otites moyennes suppurées aiguës (*Klin. Vorträge aus dem Gebiete der Otol.*, Band V, Heft 3).

Hellat (Saint-Pétersbourg). — Examen de l'oreille, du nez et du nasopharynx des pupilles de l'Institut des sourds-muets de Saint-Pétersbourg (*Vratchebnaja Gaz.*, nos 43, 44 et 45, Saint-Pétersbourg, 27 oct., 3 et 10 nov. 1901).

Herschel. — Un cas rare de rupture du tympan (Verein der Aerzte in Halle, séance du 17 juillet 1901, *in Münch. med. Wochens.*, 26 nov. 1901, p. 1943).

Hinsberg. — Des suppurations du labyrinthe (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, Hefte 1 et 2).

Hölscher. — Préparation simple pour obtenir une asepsie sûre dans les opérations sur l'apophyse mastoïde et particulièrement sur le crâne (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Hölscher (Tübinge). — Deux cas de corps étrangers de la caisse du tympan (*Münch. med. Wochens.*, n° 42, 15 oct. 1901).

Imbert et **Broca.** — Complications de l'otite moyenne aiguë (Soc. de chirurgie, séance du 6 nov. 1901, *in Bull. méd.*, n° 88, Paris, 9 nov. 1901).

Jack (F.) (Boston). — Le traitement de l'otite moyenne aiguë (*Philadelphia med. Journ.*, 5 oct. 1901).

Jacques (P.) (Nancy). — Un cas de mastoïdite de Bezold avec thrombophlébite suppurée du sinus latéral (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 41, 12 oct. 1901).

Katz (Berlin). — Contribution à l'étude anatomique des catarrhes chroniques de l'oreille moyenne (sclérose?) survenant au cours des ostéites du temporal (otite vasculaire chronique de Volkmann) (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Kien (Georges) (Strasbourg). — Des abcès rétro-pharyngés consécutifs aux otites moyennes suppurées (*Archiv of otol.*, vol. XXX, nos 4 et 5, New-York, août-oct. 1901).

Körner (Rostock). — Cholestéatome vrai dans la fosse cérébrale postérieure; infection par une otite moyenne suppurée. Opération. Guérison (*Archiv of otol.*, vol. XXX, nos 4 et 5, New-York, août-oct. 1901).

Lacoarret. — Des atrésies du conduit auditif externe (*Ann. de l Policlin. de Toulouse*, n° 9, nov. 1901).

Lépine. — Accidents nerveux consécutifs à la suppression d'une otite; trépanation de l'apophyse mastoïde (Soc. nation. de méd. de Lyon, séance du 11 nov. 1901, *in Lyon méd.*, n° 47, 1901).

Lifschitz (Kharkov). — De quelques corps étrangers de l'oreille externe (*Vratschebnaja Gaz.*, n° 30, 1901, et *Allgemeine Wiener med. Zeitung*, n° 48, 1901).

Mac Caw James (Francis). — L'influenza comme facteur causal de la mastoïdite aiguë et son traitement précoce (*Amer. Journ. of med. sciences*, n° 4, Philadelphia, oct. 1901).

Manasse (Strasbourg). — Deux cas d'abcès du cerveau. Opération. Guérison (*Archiv of otol.*, vol. XXX, nos 4 et 5, New-York, août-oct. 1901).

Mangakis (H.) (Athènes). — Un cas de flux supplémentaire de menstruation par l'oreille (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 43, 26 oct. 1901).

Masini. — A propos d'une sourde-née qui entend la parole sur la paume de la main (*Ann. di laringol.*, fasc. 3, Gênes, 1901).

Matte (Cologne). — Essai de réunion du tympan à la tête de l'étrier dans le traitement opératoire des otites moyennes suppurées (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Milligan. — De quelques points pratiques concernant la technique de la greffe cutanée dans les opérations mastoïdiennes (LXIX[e] Congrès de l'Assoc. méd. brit., août 1901, *in British med. Journ.*, 28 sept. 1901 et *Journ. of laryngol.*, oct. 1901).

Natier (M.). — Lavages et pansements secs dans le traitement de l'otorrhée simple (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 21 et 28 septembre 1901).

Picqué. — Abcès osseux aberrants consécutifs à l'otite moyenne aiguë (Soc. de chir., séance du 13 et 20 nov. 1901, *in Semaine méd.*, n° 49, 1901).

Politzer (A.). — Traité d'otologie *(Lehrbuch der Ohrenheilkunde)* (4[e] édition, in-8°, 710 p., avec fig., Stuttgart, 1901).

Randall. — Note sur 50 opérations pour abcès extra-dural otitique (*University of Pennsylvania med. Bull.*, avril 1901).

Raubzov. — Les complications des otites moyennes suppurées (*Med. Obozrenié*, Moscou, oct. 1901).

Rimini (Trieste). — Un cas de pyohémie occasionnée par une otite moyenne double avec ostéophlébite du temporal (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n[os] 4 et 5, New-York, août-oct. 1901).

Rosenstirn. — Opération pour nécrose de la mastoïde; ouverture secondaire du sinus latéral et ligature de la jugulaire interne (*Med. Record*, 23 nov. 1901).

Schengelittze. — Pathogénie de l'otite moyenne purulente chez les nourrissons (*Archiv f. Kinderheilk.*, XXXI, Hefte 3 et 4).

Schenke (Heinrich) (Flensburg). — De quelques cas de complications endocraniennes au cours d'otites moyennes suppurées chroniques et aiguës (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Schultze (Walther) (Halle a/S.). — De quelques cas de pyohémie otitique guéris sans opérations (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Schwabach (Berlin). — La valeur thérapeutique du massage du tympan (*Archiv of otol.*, vol. XXX, n[os] 4 et 5, New-York, août-octobre 1901).

Schwartze. — Notice historique sur le cholestéatome du temporal (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIV, Hefte 1 et 2).

Schwidop (Otto) (Karlsruhe). — Du traitement des atrésies chroniques du conduit auditif (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Sendziak. — De l'influence favorable de l'érisypèle sur l'évolution des otites moyennes suppurées aiguës graves (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, Hefte 1 et 2).

Smith (Mc Cuen). — Des complications otitiques de l'influenza (*Pensylvania med. Journ.*, Pittsburg, oct. 1901).

Stockwell. — Des opérations de l'apophyse mastoïde (*Detroit med. Journ.*, vol. I, n° 7, 1901).

Sturm. — Contribution à l'étude de l'épithélioma pavimenteux primitif du temporal (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, Hefte 1 et 2).

Suarez de Mendoza. — Sur les bons effets du massage tympanique manométriquement constaté par le malade dans le traitement de la surdité et des bourdonnements consécutifs à la sclérose de l'oreille moyenne (*Archiv. de méd. et de chir. spéciales*, n° 11, nov. 1901).

Suné y Molist. — Le formol dans le traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne (*Rev. de laringol.*, Barcelone, oct. 1901).

Tilley (Herbert). — Un cas de suppuration de l'antre mastoïdien et deux cas de suppuration du sinus frontal (LXIX[e] Congrès de l'Assoc. méd. brit., août 1901, *in British med. Journ.*, 28 sept. 1901, et *Journ. of laryngol.*, sept. 1901).

Tomka. — Otorragie hémophilique (*Port. med. chir. Presse*, 14 et 21 avril 1901).

Transactions of the American otological Society (vol. VII, P New-York, 1901).

Walker Becker. — L'opération de Ballance dans les affectior l'oreille moyenne (Leeds and West Riding med.-chir. Soc., séanc 18 oct. 1901, *in British med. Journ.*, 2 nov. 1901).

Zeroni (Karlsruhe). — De l'implication du temporal dans l'ostéc lite aiguë (*Archiv f. Ohrenheilk*, Band LIII).

Varia.

Alt (Vienne). — Des injections sous-cutanées de paraffine (*Mo f. Ohrenheilk.*, n° 9, Berlin, sept. 1901).

Baratoux. — Des appareils à air chaud (*Pratique méd.*, n 15 oct. 1901).

Berry (J.). — Les affections de la glande thyroïde et leur traite chirurgical (*Diseases of the thyroïd gland and their surgical ment*) (in-8°, 382 p., Londres, 1901).

Broca (A.). — Traitement des adénopathies tuberculeuses (*Ga. hôpit.*, n° 124, 19 oct. 1901).

Brono. — Traitement des tumeurs malignes par l'acide arsé (*Archiv de méd. et de chir. spéciales*, n° 11, nov. 1901).

Butlin. — Tumeurs de la glande parotide (*The Lancet*, Lon 19 oct. 1901).

Butte et **Hallopeaux.** — Traitement du lupus par le permang de potasse (Académie de médecine, séance du 22 oct. 1901, *in Bull.* n° 85, 1901).

Buy (Jean). — Cancer de l'œsophage avec perforation trachéo phagienne (Soc. anat.-clin. de Toulouse, séance du 5 sept. 1901, *in méd.*, n° 42, 1901).

Channac (F.). — Considérations sur l'œsophagotomie et les étrangers de l'œsophage (Thèse de Lyon, 1901).

Cobb (Boston). — Fibrome pédiculé de l'œsophage obstruant le l (XXIII° Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de l gol.*, n° 51, 1901).

Cruchet. — Considérations sur l'anatomie macroscopique du th chez l'enfant (*Rev. mensuelle des mal. de l'enfance*, sept. 1901).

Denis (E.). — Corps étranger de l'œsophage ; un sou depuis neuf dans l'œsophage d'un enfant de quatre ans ; dangers du panier de G fistule œsophago-trachéale ; œsophagotomie externe ; mort le quin jour par bronchopneumonie (*Bull. méd. de l'Algérie*, févr. 1901).

Diakonov (P. J.). — Sténose cicatricielle de l'œsophage (*Otc Dieyatelnosti Khirurgitch. Klinik, etc , v Mosk. (1899-1900)*, Mo 1901, p. 115-117)

Diakonov. — Cancer de l'œsophage (*Otchot o Dieyatelnosti Khi Klin v Mosk. (1899-1900)*, Moscou, 1901, p. 153-155).

Diakonov. — Goitre colloïde (*Otchot o Dieyatelnosti Khirurg. v Mosk. (1899-1900)*, Moscou, 1901, p. 100).

Diakonov. — Cancer de la parotide gauche (*Otchot o Dieyatel Khirurg. Klinick v Mosk (1899-1900)*, Moscou, 1901, p. 42).

Diakonov. — Goitres cancéreux, deux cas (*Otchot o Dieyatel Khirurg. Klin. v Mosk. (1899-1900)*, Moscou, 1901, p. 101-105).

Diakonov. — Relation de quatre cas de goitre parenchym (*Otchot o Dieyatelnosti Khirurg. Klin. v Mosk. (1899-1900)*, Mo 1901, p. 95-100).

Donelan. - Goitre exophtalmique avec terminaison fatale (So laryngol. de Londres, séance du 1er lév. 1901, *in Rev. hebdom. de l gol.*, n° 40, 1901).

Ducrot (J.). — De la mort subite chez les jeunes enfants par hypertrophie du thymus au point de vue médico-légal (Thèse de Paris, 1901).

Edmunds (Walter). — De la pathologie et des affections de la glande thyroïde (*The Lancet*, Londres, 11, 18 et 25 mai 1901).

Enslee (Ch.) (Chicago). — Appareil portatif pour chauffer et stériliser l'air comprimé (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 2, Saint-Louis, août 1901).

Faure-Darmet. — Étude sur la tuberculose de la glande parotide (Thèse de Lyon, 1901).

Ghika (Ch.). — Etude sur les thymes (Thèse de Paris, 1901).

Gottstein (Georg). — Technique et clinique de l'œsophagoscopie (Iéna, Gustav Fischer, 1901).

Hamilton. — Hypertrophie unilatérale de la glande thyroïde avec paralysie d'une corde vocale (*Australasian med. Gaz.*, 20 oct. 1900).

Hamm. — Un cas d'affection rhumatismale de l'articulation temporo-maxillaire (*Münch. med. Wochens.*, n° 45, 5 nov. 1901).

Hewlett (Albion Walter). — Les glandes superficielles de l'œsophage (*Journ. of experimental med.*, 15 janv. 1901).

Hirschel. — Du goitre dans la fièvre typhoïde (*Ueber Strumitis bei typhus abdominalis*) (Thèse de Heidelberg, 1901).

Hudson (A.). — Appareil pour massage vibratoire (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 47, 1901).

Jemma. — Fièvre ganglionnaire due au pneumocoque (*Ann. di laringol.*, fasc. 3, Gênes, 1901).

Kassel (Carl) (Posen). — De la question de préserver le miroir laryngoscopique de la buée (*Archiv. f. Laryngol.*, Band XII, Heft 2, Berlin, 1901).

Labarre. — Note préliminaire relative à l'emploi de l'extrait de capsules surrénales en rhinologie (*Journ. méd. de Bruxelles*, n° 20, 16 mai 1901).

Lécène. — Un nouveau cas de tuberculose primitive de la parotide (*Rev. de chir.*, n° 4, 10 avril 1901).

Lefrançois. — Des varices de la base de la langue considérées comme symptôme précoce du cancer de l'œsophage (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 39, 28 sept. 1901).

Léjars. — Un sou dans l'œsophage. Ablation par l'œsophagotomie (Soc. de chir., séance du 30 oct. 1901, *in Bull. méd.*, n° 88, Paris, 9 nov. 1901).

Lenormand. — Du traitement du goitre par les injections de teinture d'iode (Thèse de Paris, 1901).

Long (John). — Des corps étrangers de l'œsophage (Southern surg. and gynecol. Soc., nov. 1901, *Med. Record*, 30 nov. 1901).

Mackie (John). — Le chlorure d'éthyle comme anesthésique général dans la chirurgie nasale (LX1X^e^ Congrès de l'Assoc. méd. brit., août 1901, *in British med. Journ.*, 28 sept. 1901 et *Journ. of laryngol.*, oct. 1901).

Malherbe. — Nouveau procédé pour l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle (*Bull. méd.*, n^os^ 85 et 86, 1901).

Marsoo. — Du phlegmon ligneux (Thèse de Paris, 1901).

Martin (F.). — Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses (Thèse de Lyon, 1901).

Mayer (Emil) (New-York City). — Expériences cliniques sur l'adrénaline (*Philadelphia med. Journ.*, 27 avril 1901).

Mikulicz et **Reinbach.** — Thyroïdisme dans le goitre simple (*Mitt. a. d. Grenzgeb. de Med. und. Chir.*, 8 mars 1901).

Mintz. — Un cas de parotidite tuberculeuse primitive (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, Band LXI, Hefte 3 et 4, oct. 1901).

Molinié (J.) (Marseille). — Utilisation en oto-rhinologie des propriétés décollantes de l'eau oxygénée (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 48 1901).

Moure et Brindel. — De l'emploi de l'adrénaline en oto-rhino-laryngologie (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 52, 1901).

Payne (Redmond) (San Francisco). — Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne comme anesthésique général pour les opérations sur la tête (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 2, Saint-Louis, août 1901).

Pegler. — Kyste de la glande thyroïde (Soc. de laryngol. de Londres séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 44, 2 nov 1901).

Pétersen. — Un nouveau cas de tuberculose de la glande thyroïde (*Ein neuer Fall von Schuldrüsentuberkulose*) (Thèse de Munich, 1901)

Ricard. — Pseudo-néoplasmes inflammatoires du corps thyroïde (Soc de chir., séance du 9 oct. 1901, *in Semaine méd.*, n° 43, Paris, 1901).

Robertson (W. E.). — Thyroïdite compliquant la fièvre typhoïde (*Amer. Journ. of the med. Sciences*, n° 1, janv. 1902).

Robinson (Henry Bentham). — La chirurgie de la glande thyroïde (*The Lancet*, Londres, 18 mai 1901).

Rosenberg (A.). — De l'emploi de l'extrait surrénal en oto-rhino-laryngologie (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 1, 1902).

Savin (U. N.). — Sténose cicatricielle de l'œsophage (*Otchot o Dieyatelnosti Khirurg. Klin., etc., v Mosk. (1899-1900)*, Moscou, 1901, p. 117-120).

Schilling. — Affections de l'œsophage et œsophagoscopie (*Wiener med. Blätte*, n° 36, 1901, anal. *in Deuts. med. Zeitung*, n° 96, 2 déc 1901).

Schoffield. — Asphyxie due à une hypertrophie rapide de la glande thyroïde, trachéotomie et thyroïdectomie partielle, guérison (*British med. Journ.*, 23 nov. 1901).

Schwarzkopf. — Un cas de parotidite épidémique à manifestations graves (*Deuts. med. Wochens.*, n° 42, Berlin, 17 oct. 1901).

Show (Benham). — L'application de l'électricité statique aux affections nerveuses et inflammatoires des yeux, oreilles, nez et gorge (*Journ. of ophtalmol. and otol.*, sept. 1901).

Starck. — Les diverticules de l'œsophage (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, Band LIX, Hefte 1 et 2, mars 1901).

Swain (Henry). — L'extrait aqueux des capsules surrénales dans le traitement des maladies du nez et de la gorge (*Yale med. Journ.*, nov. 1900).

Torretta. — Les glandules parathyroïdiennes chez les mammifères (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 12, 1901).

Thévenot (Lyon). — Gros kyste hydatique du cou (*Gaz. des hôpit.*, n° 125, 29 oct. 1901).

Vachini. — Contribution à l'étude de la soi-disant fièvre ganglionnaire (*Ann. di laringol.*, fasc. 3, Gênes, 1901).

Veau. — Les kystes thyro-hyoïdiens (*Gaz. des hôpit.*, n° 129, Paris, 9 nov. 1901).

Vernay. — Traitement des névralgies de la face par les courants galvaniques (*Lyon méd.*, n° 44, 1901).

Warnecke (Hannover). — Lampe aseptique à éclairage par transparence (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 2, Berlin, 1901).

Warren (Collino). — Traitement opératoire du goitre (*Boston méd. and surg Journ.*, 27 déc. 1900).

Weiss et Bichat. — Kyste sanguin du cou (*Rev. méd. de l'Est*, n° 18, 15 sept. 1901).

Bordeaux. — Imprimerie G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DE

La REVUE du Dr E. J. MOURE

5 avril 1902.

Bouche et Pharynx buccal.

Ansperger. — De l'hyperkératose lacunaire du pharynx (*Münch. med. Wochens.*, nº 9, 4 mars 1902).

Armand. — Chancre induré de la lèvre inférieure (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 29 janvier 1902, *in Lyon méd.*, nº 8, 1902).

Black (Melville). — Papillome du voile du palais ayant subi la transformation sarcomateuse (*Colorado med. Journ.*, avril 1901).

Bosworth (F. H.). — Les amygdales doivent-elles être considérées comme des organes physiologiques normaux du corps? (*Med. Record*, 11 janv. 1902).

Brunet. — Malformations maxillo-dentaires dans l'hérédo-syphilis (*Gaz. des hôpit.*, nº 20, 18 fév. 1902).

Buterelli et **Calamide.** — De la signification étiologique des formes blastomycétiques dans les amygdales (*Giorn. d. R. Academia d. Med. di Torino*, mai 1901).

Chauveau. — Histoire des maladies du pharynx (Moyen-Age occidental et temps modernes) (vol. II et III, Paris, Baillière et fils, 1902).

Cheyne et **Burghard.** — Manuel de médecine opératoire. Partie V : Tête, face, maxillaires, lèvres, larynx et trachée *(Manual of surgical treatment. Part V : Head, face, jaws, lips, larynx, trachea)* (in-8º, 492 p., London, 1901).

Clauda (Carcassonne). — Un cas d'ulcération tuberculeuse du voile du palais à forme perforante (*Archiv. internat. de laryngol.*, nº 1, janv.-fév. 1902).

Cumston (Green Ch.). — Un cas de kyste dermoïde de la bouche (*The Amer. Journ. of the med. Sciences*, nº 3, mars 1902).

Dervaux et **Danel.** — Épithélioma de la face simulant un ostéosarcome du maxillaire chez un homme âgé (*Journ. des sciences méd. de Lille*, nº 6, 1902).

Descos. — Angine à pneumobacille de Friedländer (*La Presse méd.*, nº 19, 1902).

Dulles (Charles) (Philadelphia). — Note sur le traitement de l'amygdalite folliculaire (*Philadelphia med. Journ.*, 11 janv. 1901).

Dunogier. — De l'ostéo-périostite phlegmoneuse des mâchoires d'origine dentaire. De sa pathogénie. Son traitement (*Bull. méd. de la clinique de Saint-Vincent-de-Paul*, nº 2, 1902).

Goodale (Boston). — Altérations rétrogrades des amygdales palatines (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Heermann (Essen). — De l'hémostase après amygdalotomie (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Jousset. — La pathologie de l'amygdale linguale (*La Nor* n° 179, 15 mars 1902).

Kien (O.). — Sur une forme rare d'hypertrophie des amygdal tines (*Zeits f Ohrenheilk.*, Band XL, Heft 4).

Levinger (Munich) — Contribution au diagnostic de la syph tiaire du pharynx (*Deuts. med. Wochens.*, n° 6, 1902).

Mayer (Emil). — Des affections de la bouche et de la gorge a aux bacilles fusiformes et aux spirilles de Vincent (*The Amer. J the med. sciences*, n° 2, fév. 1902).

Monfort. — Contribution à l'étude clinique du pemphigus mieres voies respiratoires et digestives (Thèse de Bordeaux, 1902)

Mongour et **Verger.** — Stomatite ulcéreuse et angine à baci formes; syphilis coexistante (Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeau du 2 déc. 1901, *in Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 10, 1902).

Morestin (Paris). — Deux cas de rétrécissement du pharynx (*laryngol*, t. IV, fasc. 4, 30 déc. 1901)

Moure. — Angine ou pharyngite granuleuse (*Journ. de méd. deaux*, n° 11, 1902).

Quintin (L.). — Curieux cas de névralgie linguale guérie s ration (*Le Progrès med. belge*, n° 3, 1er fév. 1902).

Raoult (Aimar) (Nancy). — Diagnostic des ulcérations de l'a palatine (*Rev. méd. de l'Est*, n° 4, 1902).

Raoult. — Du choix de l intervention opératoire dans les kyst dentaires de la région du maxillaire supérieur (*Ann. des l'oreille*, n° 1, janv 1902).

Reineck. — Quelques cas de langue noire (*Deuts. Archiv Med* , LXX, 5-6).

Schreiber. — Recherches sur l'acte de la déglutition (*Archiv rimentelle Pathol. und Pharmacol.*, Band XLVI, Hefte 5 et 6).

Simonin. — Les rapports de la symbiose fuso-spirillaire avec nes banales, la scarlatine, la diphtérie et le scorbut (Soc. méd. de séance du 14 mars 1902, *in Bull. méd.*, n° 22, 1902).

Syme (O. A.) (Melbourne). — Sarcome du palais, des amygda pharynx. Ablation par une incision externe, avec occlusion tempo la carotide et résection du maxillaire (*Intercolonial med. Journ. tralasia*, 20 avril 1901).

Ubertis. — Sur un cas de paralysie palato-glosso-pharyng phénomènes d'anesthésie de cette région et mort par inanition (*ital di otol*, vol. XII, fasc 3, 1902).

Veiss (Julius) (Francfort-s/M.). — De la curabilité de la tub du pharynx (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Ward (O. John). — Des kystes congénitaux de la langue *med. Journ*, 1er mars 1902).

Nez, Pharynx nasal et Cavités accessoires

Aronsohn. — Contribution à l'étude des névroses réflexes (*Archiv. f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Arthur (Richard). — Des végétations adénoïdes (*Australasi Gaz.*, 20 fév 1901).

Baulay (M.). — Occlusion congénitale des fosses nasales (*Ar med. des enfant* , n° 3, mars 1902)

Baulieu (Rennes). — Deux cas d'imperforation de la narine droite (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 6, nov.-déc. 1901).

Beausoleil. — Récidive et cure radicale des polypes muqueux des fosses nasales (*Bull. méd. de la clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, n° 3, mars 1902).

Berens (Passmore) (New-York). — Un cas de déformation externe et interne du nez (*The Laryngoscope,* vol XII, n° 1, Saint-Louis, janv. 1902).

Bishop (S. S.) (Chicago). — Des rhinolithes (*The Laryngoscope,* vol. XII, n° 1, Saint-Louis, janv. 1902).

Boulet. — Les sinusites ou suppurations des cavités accessoires de la face (*Union méd. du Canada,* n° 12, 1901, et n° 1, 1902).

Bouroullec. — Contribution à l'étude de l'ozène et de son traitement (Thèse de Bordeaux, 1901).

Bresgen. — Les inflammations des cavités accessoires du nez, du pharynx et du larynx dans leurs rapports réciproques (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen,* Band VI, 15 janv. 1902).

Browne (Lennox). — L'épilepsie dans ses rapports avec les végétations adénoïdes (Assoc. britan. de laryngol., séance du 11 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janv. 1902).

Cauzard (P.). — Traitement radical des sinusites frontales chroniques (Thèse de Paris, 1901).

Cestan. — Fibrome naso-pharyngien; extirpation par les voies naturelles (Soc. anatomo-clinique de Toulouse, séance du 20 nov. 1901, *in Echo méd.*, n° 3, Toulouse, 18 janv. 1902).

Citelli. — De la présence de corps hyalins sur la muqueuse hypertrophiée des cornets inférieurs et sur leur signification (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, fasc. 3, 1902).

Collet. — Vertige d'origine nasale (*Ann. des mal. de l'oreille,* n° 2, fév. 1902).

Collier (Mayo). — Épithélioma du maxillaire supérieur (Assoc. britan. de laryngol., séance du 11 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janv. 1902).

Colombo. — Le massage vibratoire dans l'ozène (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, fasc. 3, 1902).

Courtade (S.). — La mensuration graphique de la perméabilité des fosses nasales (*Ann. des mal. de l'oreille,* n° 2, fév. 1902, et *Archiv. internat. de laryngol.*, n° 1, janv.-fév. 1902).

Cousteau. — Nouvel instrument pour redresser les cloisons nasales déviées (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 2, fév. 1902),

Dickermann (Edward). — Hypertrophie de l'amygdale de Luschka; végétations adénoïdes (*Illinois med. Journ.*, fév. 1901).

Fischer. — Des végétations adénoïdes du naso-pharynx comme cause de l'énurèse (*Ugeschrift for Laeger*, 20 et 27 sept. 1901, anal. *in Semaine méd.*, n° 6, 1902).

Gaudier. — Un cas de mucocèle du sinus frontal (*Écho méd. du Nord,* n° 8, 23 fév. 1902).

Gavello (G). — Nouvel instrument pour l'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique par le procédé Caldwell-Luc (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, fasc. 3, 1902).

Genta. — Effets de l'occlusion partielle et totale des fosses nasales sur la respiration (*Ann. di laringol. ed otol.*, fasc. 4, 1901).

Grazzi (Vittorio). — De l'importance du sens olfactif dans différentes industries agricoles (*Atti della Accademia dei Georgofili*, fasc. 1, 1901).

Griffin (Harrison) (New-York). — La diathèse hémorragique dans ses rapports avec les opérations sur le nez et la gorge (*Med. Record,* New-York, 7 déc. 1901).

Grünwald (Munich). — Abcès intervertébral consécutif à une suppuration du sinus sphénoïdal ; complications multiples (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Henrici. — Corps étrangers des voies respiratoires supérieures (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Huber (Francis). — Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes par les praticiens généraux (*Archiv. of pediatrics*, mars 1901).

Huber (Francis). — Persistance des symptômes après l'ablation des végétations adénoïdes (*Archiv. of Pediatries*, 1er mars 1901).

Hughes (Kent) (Melbourne). — Des végétations adénoïdes chez les adultes (*Intercolonial med. Journ.*, 20 janv. 1901).

Kyle (John). — L'influenza dans ses rapports avec les cellules ethmoïdales et les otites moyennes (*Indiana med. Journ.*, mars 1901).

Lapeyre. — Traitement médical des végétations adénoïdes (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 25 janv. 1902).

Lapsley (Robert). — Des végétations adénoïdes (*The Medicus*, mars 1901).

Lichtwitz. — Élargissement de la racine du nez occasionné par des polypes des fosses nasales (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 6, nov.-déc. 1901).

Lincoln (William) (Cleveland). — Granulome tuberculeux et syphilitique du nez (*The Laryngoscope*, vol. XII, n° 1, Saint-Louis, janvier 1902).

Lombard. — Instruments pour la cure radicale de la sinusite maxillaire par le procédé de Luc (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 12, 1901).

Lublinski. — Traitement du gonflement des cornets inférieurs dans la rhinite vasomotrice (*Berliner klin. Wochens.*, 30 déc. 1901).

Maas. — Tumeur kystique du maxillaire droit (*Berliner med. Gesellschaft*, 26 fév. 1902, *in Deuts. med. Wochens.*, n° 11, 1902).

Mac Coy (A.). — Notes sur les ostéophytes des fosses nasales (*The Amer. Journ. of the med. sciences*, n° 2, fév. 1902).

Mc Kinney (Richmond). — Le traitement de l'hypertrophie chronique de l'amygdale pharyngée (*Mississipi med. Record*, juillet 1900).

Marie et **Guillain.** — Sur trois cas de rhinelcose (ulcération d'une narine) coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle (Soc. méd. des hôpit., séance du 21 fév. 1902, *in Bull. méd.*, n° 16, 1902).

Minder (Saint-Galle). — Étude de cinquante coupes de nez et des cavités accessoires du nez. Leur rapport avec le squelette osseux de la face (contribution à la question de l'ozène et de l'empyème des sinus accessoires) (*Archiv. f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Mouret (J.) (Montpellier). — Sur les rapports du sinus frontal avec les cellules ethmoïdales (Paris, O. Doin, 1901).

Murphy (T. B.). — Des déformations du nez et de leurs méthodes opératoires (*Med. Miror*, fév. 1900).

Nikitine (Saint-Pétersbourg). — Étude critique sur les névroses réflexes du nez (*Archiv. f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Nourse (Chichele). — Un cas de syphilis tertiaire avec séquestre du naso-pharynx (Assoc. britan. de laryngol., séance du 11 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janv. 1902).

Osler (W.). — Forme familiale d'épistaxis à répétition associée à une télangiectasie multiple de la peau et des muqueuses (*Johns Hopkins Hospit. Bull.*, nov. 1901; anal. *in The Journ. of laryngol.*, n° 1, janv. 1902).

Patel. — Dilatation des sinus frontaux (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 12 fév. 1902, *in Lyon méd.*, n° 11, 1902).

Philips (J. H.). — Fibrome du naso-pharynx (*The Laryngoscope*, vol. XII, nº 1 Saint-Louis, janv. 1902).

Pierce (Norval) (Chicago). — Nature et histo-pathologie de la troisième amygdale (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 4 janv. 1902).

Polyak (L.) (Budapest). — Du cathétérisme du canal lacrymo-nasal par le nez (*Archiv. f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Putnam (W. Q.). — Des végétations adénoïdes du nasq-pharynx (*Maritime med. News*, janv. 1901).

Raoult. — Du choix de l'intervention dans les kystes paradentaires de la région maxillaire supérieure (Soc. méd. de Nancy, séance du 8 janv. 1902, *in Rev. méd. de l'Est*, nº 5, 1902).

Régnier. — Contribution à l'étude des troubles nerveux en rapport avec la présence des végétations adénoïdes dans le pharynx nasal de l'enfant (*Ann. des mal. de l'oreille*, nº 2, fév. 1902).

Reitter (Carl). — Empyème de l'antre d'Highmore et péritonite aiguë (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 1, janv. 1902).

Réthi. — De la cure radicale des sinusites maxillaires par la voie nasale (*Wiener med. Wochens.*, 28 déc. 1901).

Richards (Q.). — Empyème du sinus frontal; quelques remarques sur son traitement (*The Amer. Journ. of the med. sciences*, nº 3, mars 1902).

Rona (S.). — De la pathologie du rhinosclérome (*Archiv. f. Dermatol. und Syphilis*, Band VIII, Hefte 1 et 2).

Rose (F. U.). — Du rhino-pharynx (en russe) (*Liétopis Rousskoi Chir.*, livr. 6, 1901).

Saenger. — Un cas d'absence complète du palais dur et du voile; de la cloison nasale et des cornets (*Sammlung zwangloser Abhandlungen*, Band VI, nº 1, 15 janv. 1902).

Sawyer (James). — Hay fever, son étiologie et son traitement (*Charlotte med. Journ.*, déc 1901).

Schonemann (Berne). — Des altérations des vaisseaux de la muqueuse nasale dans les néphrites (*Archiv. f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Schwenn (Richard). — Contribution à l'étude des tumeurs malignes des cavités accessoires du nez (*Ein Beitrage zur Lehre van den bösartigen Geschwülsten der Nebenhöhlen der nase*) (Thèse de Breslau, 1901).

Shambaugh (Q.). — Le diagnostic des sinusites frontales latentes (*The Amer. Journ. of the med. sciences*, nº 3, mars 1902).

Shields (W. B.). — L'influenza et spécialement ses effets sur les organes respiratoires et les cavités accessoires du nez (*Saint-Louis med. Rev.*, 16 fév. 1902).

Smith (Orrin Leroy). — Le traitement des épistaxis (*The Journ. of ophtalmol., otol. and laryngol.*, nº 1, janv. 1902).

Solger (F. B.). — Du rhinophyma (*Archiv. f. Dermatol. und Syphilis*, Band LVII, Heft 3).

Sota y Lastra. — Enfermedades de la nariz, boca y garganta; — vol. II : Manual teorico y pratico de las enfermedades de la boca y de la faringe (Sevilla, 1902).

Thompson (John). — Des vices de développement chez les adénoïdiens (*Cincinnati Lancet Clinic*, 6 avril 1901).

Weil (Moriz). — De l'état actuel de la thérapeutique des suppurations des cavités accessoires du nez (*Centralbl. f. die Gesammte Therapie*, Hefte 1 et 2, Vienne, janv. et fév. 1902).

Wild. — Sinusite frontale aiguë. Opération. Mort (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XL, Heft 4).

Wittmaack (Breslau). — Des récents travaux sur les affections du nez et de la gorge (*Fortschr. der Med.*, nº 6, 22 fév. 1902).

Wroblewski (W.) (Varsovie). — De la résection du cornet inférieur (*Archiv. f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Zangger. — L'hydrothérapie dans le catarrhe aigu des sinus frontaux (*Schweiz Aerzte*, 15 août 1901).

Larynx et Trachée.

Anderodias. — Deux cas d'hémorragies laryngées (*Gaz. méd. de Picardie*, n° 2, 1902).

Arslan. — De l'opérabilité des tumeurs malignes du larynx par la voie endolaryngée (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, déc. 1901).

Baron (Barklay). — Le progrès dans le diagnostic et le traitement des affections de la gorge, du nez et des oreilles pendant les vingt dernières années (*The Bristol med. chir. Journ.*, déc. 1901).

Bokay. — De l'état actuel de la question de l'intubation (*Münch. med. Wochens.*, n° 42, 15 oct. 1901).

Bokay. — Du traitement local des tuméfactions du larynx survenant à la suite de l'intubation (*Deuts. med. Wochens.*, n° 47, 21 nov. 1901).

Brissaud. — De l'adénite des ganglions prélaryngés (Thèse de Paris, 1901).

Bronner (A.). — Sur un cas de papillomes récidivants du larynx chez un adulte traité localement par la formaline (*La Parole*, déc. 1901, *British med. Journ.*, 28 sept. 1901, et *The Journ. of laryngol.*, sept. 1901).

Casassa (A.). — Résultats obtenus dans l'emploi des tubes à parois percées pour le larynx (*Recueil de mémoires italiens sur la laryngol.*, n° 1, 1902).

Castañeda (Ramon). — Un cas de décanulement difficile (*Bolet. de laryngol.*, n° 7, févr. 1902).

Castex (A.). — Maladies de la voix (1 vol., 311 p., Paris, Naud, 1902).

Cazalis. — Fracture du larynx (*Union méd. du Nord-Est*, n° 2, 30 janv. 1902).

Cerf (Léon) (Angers). — Le stridor congénital (*Archiv. de méd. des enfants*, n° 12, déc. 1901).

Cheatham. — Le rhumatisme comme cause et effet des inflammations de la gorge (*Med. Record*, 14 déc. 1901).

Cheval. — Paralysie du récurrent gauche. — Anévrysme volumineux de la crosse de l'aorte. Radiographie (*La Presse oto-laryngol. belge*, n° 1, Bruxelles, janv. 1902).

Chimot. — De l'arthritisme des premières voies respiratoires (Thèse de Paris, 1901).

Collier (Mayo). — Cas d'aphonie (Assoc. britan. de laryngol., séance du 11 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janv. 1902).

Compte rendu de la Société de laryngologie de Londres, séance du 1er novembre 1901 (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 2, 11 janv. 1902).

Compte rendu de l'Association britannique de laryngologie, séance du 11 janv. 1901 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janv. 1902).

Concetti. — Des abcès sous-muqueux du larynx dans le croup (*Archiv. ital. de laryngol.*, fasc. 1, janv. 1902).

Coomes. — Corps étrangers des voies respiratoires (*The Amer. Practitioner and News*, 1er déc. 1901).

Coomes. — Kyste de l'épiglotte (The Louisville Clin. Soc., séance du 22 oct. 1901, *in The Amer. Practitioner and News*, 15 déc. 1901).

Corbin (J. W.). — Corps étranger des bronches (*Australasian med. Gaz.*, 30 mai 1901).

Dabney. — Œdème aigu de l'épiglotte (*Mississipi med. Record*, Vicksburg, déc. 1901).

Desplats. — Syphilis laryngée, cérébrale et auriculaire, guérie par le traitement spécifique (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 5, 1902).

Dionisio. — Considérations sur les obstructions et les expulsions des tubes du larynx et sur les moyens de les prévenir (*Recueil des mémoires italiens sur la laryngol.*, n° 1, 1902).

Donelan. — Un cas de syphilis du larynx avec fixation de la corde gauche (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er nov. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 2, 11 janv. 1902).

Downie (W.). — Traitement des néoplasmes du larynx chez les enfants (*La Parole*, déc. 1901).

Duran (P.). — De la voie transhyoïdienne dans la chirurgie pharyngo-laryngée (Thèse de Bordeaux, 1901).

Escat. — Traitement de la tuberculose laryngée (*Archiv. méd. de Toulouse*, n° 22, 15 nov. 1901).

Filé-Bonazola. — Contribution à l'étude des abcès péritrachéo-laryngés des enfants (*Archiv. ital. di larnigol.*, fasc. 1, janv. 1902).

Galatti. — La fracture de la canule trachéale (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, déc. 1901).

Galatti (Demetrio). — Les états inflammatoires consécutifs à l'intubation et de leurs suites (*Das Intubationsgeschwür und seine Folgen*) (Vienne, J. Safar, 1902).

Garel. — Brûlure du larynx par une pilule de Dupuytren (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 1, janv. 1902).

Gellé. — Démonstration de la formation de cyclones intra-buccaux dans la parole chuchotée (*Tribune méd.*, n° 6, 5 fév. 1902).

Gibionsen. — Un cas insolite de tuberculose de la trachée avec formation simultanée de varices trachéales et issue fatale (*Münch. med. Wochens.*, n° 42, 15 oct. 1901).

Gleitsmann (New-York). — Paralysie récurrentielle avec aphonie complète ayant abouti à une paralysie abductrice avec retour de la voix (*New-York med. Journ.*, 14 déc. 1901, et *The Laryngoscope*, vol. X, n° 4, Saint-Louis, oct. 1901).

Grant (Dundas). — Cas d'épithélioma de l'épiglotte chez un homme de cinquante-huit ans (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er nov. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 2, 11 janv. 1902).

Grant (Dundas). — Un cas de kyste de l'épiglotte (Assoc. britan. de laryngol., séance du 11 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janvier 1902).

Gugenheim. — Du pemphigus chronique des muqueuses des voies respiratoires supérieures (*Münch. méd. Wochens.*, n° 51, 1901).

Guillemin (A.) (Alger). — Génération de la voix et du timbre (2e éd., 1 vol. in-8°, avec 122 fig., Paris, Alcan, 1901).

Hallock (Henry). — La tuberculose des voies aériennes supérieures (*Journ. of ophtalmol., otol. and laryngol.*, n° 6, nov. 1901).

Haring. — Papillomes multiples du larynx (*La Parole*, déc. 1901, *British med. Journ.*, 28 sept. et *Journ. of laryngol.*, 28 sept. 1901).

Hautière (E.). — Contribution à l'étude des nodules vocaux chez les chanteurs (pathogénie et traitement) (Thèse de Paris, 1901).

Hayward (W. J.) (Adelaïde). — Corps étranger des voies respiratoires (*Australasian med. Gaz.*, 20 mai 1901).

Henrici (Freibourg in Br.). — Corps étrangers des voies respiratoires (*Archiv of laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Heplemann. — Un cas de paralysie récurrentielle due à un a vrysme de l'aorte (*Saint-Louis Courier of med.*, déc. 1901).

Hödlmoser. — Phlegmon foudroyant du larynx et du pharynx (*Me plus med. Journ.*, nov. 1901).

Horne (Jobson). — Le larynx, porte d'infection de certaines malad des ganglions lymphatiques, telles que lymphadénome, lymphosarcor lymphadénite tuberculeuse, etc., avec une note de la tuberculose pri itive du larynx (*Journ. of laryngol.*, n° 12, déc. 1901).

Hutchison. — Cas de périchondrite du larynx chez un diabétiq (*Journ. of laryngol.*, mars 1902).

Jouane (G.) — Tumeurs tuberculeuses primitives du larynx (Thèse Toulouse, 1901).

Killian (Gustave) (Freibourg in Br.). — Un cas de sarcome de trachée (*Archiv. of laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Knight (Ch.). — Les nodules vocaux (*The Laryngoscope*, vol. n° 5, Saint-Louis, nov. 1901, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 1901).

Koenig (Ch.) (Paris). — Sur un cas de malformation congénitale larynx (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 6, nov.-déc. 1901).

Kraus (E.) (Paris). — Évolution lente de certains cancers du lary (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 43, 26 oct. 1901).

Kuttner (A.) (Berlin). — Tuberculose laryngée et grossesse (*An des mal. de l'oreille*, n° 11, nov. 1901; *Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 1901; *Journ. of laryngol.*, n° 11, 1901; *Archiv f. Laryngol.*, Band X Heft 3; et *Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, fasc. 3, 1902).

Lake (R.). — La tuberculose du larynx (*Journ. of laryngol.*, n° fév. 1902)

Lamb (W.). — Remarques sur deux cas de laryngite chroniq hypertrophique ayant précédé l'apparition de papillomes (*La Par* déc. 1901, *British med. Journ.*, 28 sept. 1901, et *Journ. of laryngo* sept. 1901).

Libich. — De la laryngectomie totale dans le cancer du larynx (*E nitchnaia Gaz botkina*, n° 42, 1901).

Martin (Magdebourg). — Un cas d'hématome du larynx (*Deuts. m Wochens.*, n° 8, 20 fév. 1902)

Massei. — Abcès endo-laryngé et abcès péri-trachéo-laryngé (*Arch ital. di laringol*, fasc. 1, janv. 1902).

Massier. — Tuberculose laryngée et air marin (*Ann. des mal. l'oreille*, n° 11, nov. 1901).

Méneau. — Des indications des eaux de la Bourboule dans le tra ment des affections des voies respiratoires supérieures (*Gaz. hebdom. sciences med. de Bordeaux*, n° 6, 1902).

Montagnon. — Laryngite aiguë avec tirage persistant simulant croup (*Loire méd.*, 15 janv. 1902, anal. *in Bull. méd.*, n° 10, 1er fév 1902).

Mounier. — Arthrite double crico-aryténoïdienne (*Ann. des mal. l'oreille*, n° 11, nov. 1901).

Moure. — La suture immédiate des voies aériennes après les opé tions pratiquées sur la trachée et le larynx (*Journ. de méd. de Bordeau* n°s 50 et 54, 1901).

Moure. — Sur trois cas de corps étrangers du larynx (*Rev. hebdo de laryngol.*, n° 2, 1902);

Mygind (Holger) (Copenhague). — Paralysie récurrentielle bila rale (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Napalkov. — De la laryngectomie pour tumeurs cancéreuses (*K rourgua*, n° 59, Moscou, nov. 1901).

Nizzoli. — Fracture sous-cutanée du larynx (*Riforma med.*, 15 août 1901).

Noebel. — Méthode d'anesthésie locale des voies respiratoires supérieures (*Sammlung Zwangloser Abhandlung,* n° 1, Band VI, 15 janv. 1902).

Oddo. — Un cas de paralysie labio-glosso-laryngée apoplectiforme (*Marseille méd.*, n° 1, 1902).

Onodi. — Laryngite sous-muqueuse infectieuse aiguë (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janv. 1902).

Onodi (Budapest). — Des relations des nerfs laryngés supérieur et inférieur dans le domaine du larynx (*Archiv f. Laryngol.,* Band XII, Heft 3, 1902).

Pacinotti. — Tumeur amyloïde du larynx (*Bollet. delle mal. dell' orecchio,* n° 3, 1902).

Pels-Leusden (Berlin). — La sténose intubatoire (*Münch. med. Wochens.*, n° 42, 15 oct. 1901).

Perrin (Maurice). — La tuberculose du larynx chez les enfants (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 3, 18 janv. 1902).

Pfaundler. — Des troubles tardifs après trachéotomie et intubation (*Münch. med. Wochens.*, n° 43, 1901).

Powell (Fitz-Gerald). — Un cas de tumeur (papillome probable) de la corde vocale (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er nov. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 2, 11 anv. 1902).

Ramsay (H. M.). — Cas d'affection tuberculeuse (?) de l'épiglotte (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 1er nov. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 2, 11 janv. 1902).

Ranke. — Du traitement des décanulements difficiles par suite de la formation d'un granulome après intubation et secondairement à la trachéotomie (*Münch. med. Wochens.*, n° 43, 1901).

Rispal et **Laurens.** — Épithélioma de l'épiglotte (Soc. anatomo-clinique de Toulouse, séance du 5 février 1902, *in Écho méd.*, 8 mars 1902).

Roaldès (de). — Note sur l'emploi de l'électro-aimant pour l'extraction des corps étrangers métalliques des voies aériennes (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 1, 1902).

Rousselot (Abbé). — La parole avec un larynx artificiel (*La Parole,* fév. 1902).

Roy et **Variot.** — Paralysie labio-glosso-laryngée chez un enfant (Soc. méd. des hôpit., séance du 24 janvier 1902, *in Bull. méd.*, n° 8, 1902).

Rummler. — Des affections de la muqueuse laryngée analogues aux dermatoses *(Den Dermatosen analoge Schleimhauter Krankungen des Kehlkopfes)* (Thèse de Breslau, 1901).

Sauer (W.). — Un cas de paralysie récurrentielle due à un anévrysme de l'aorte (*Saint-Louis Courier of med.*, déc. 1901.

Scheier. — De l'ossification du larynx (*Archiv f. Mikroskop. Anat. und Entwicklungs.*, Band LIX, Hefte 1 et 2, 1901).

Semon (Félix). — Quelques réflexions sur les principes du traitement local dans les affections des voies respiratoires supérieures *(Some thoughts on the principles of local treatment in diseases of the upper air passages* (London, Macmillan et Cie, 1902).

Shield (Marmaduke). — Des interventions sur le larynx par la voie externe (Med. Soc. of London, séance du 10 mars 1902, *in British med. Journ.*, 15 mars 1902).

Smith (H. E.). — Œdème du larynx (*The Laryngoscope,* vol. XI, n° 5, Saint-Louis, nov. 1901).

Spencer (W. G.). — Cas de sténose syphilitique tertiaire du traitée par la laryngo-fissure sans trachéotomie (Soc. de laryngol. dres, séance du 1er nov. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 2, 1902).

Sympson. — Papillome récidivant du larynx chez un enfar trachéotomie (*La Parole*, déc. 1902, et *British med. Journ.*, 9 nov

Simpson (W. K.) (New-York) — Étude sur l'application part de l'intubation dans la sténose chronique du larynx (XXIIIe Con l'Assoc. amér. de laryngol., *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 51,

Tommasi. — Catarrhe trachéal hémorragique (*Ann. di lari otol.*, fasc. 4, 1901).

Transactions of the twenty-third annual Meeting of the A laryngological Association, New-Haven, Conn., mai 1901 (New Rooney et Otten, 1901).

Varenne. — Extraction des corps étrangers magnétiques d aériennes par l'électro-aimant (Thèse de Bordeaux, 1901).

Variot et **Roy.** — Paralysie labio-glosso-laryngée liée à une l l'écorce cérébrale chez une fillette de neuf ans et demi (*Gaz. des* n° 12, 30 janv. 1902).

Oreilles.

Abercrombie. — Un cas de polype du conduit avec une mer du tympan intacte (Assoc. britan. de laryngol., séance du 11 jan *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janvier 1902.)

Alexander (G.). — De l'extraction d'un corps étranger de l à l'aide de l'électro-aimant (*Klinisch Therap. Wchens.*, n° 48, 1er déc. 1901).

Bardes (New-York). — Obstruction nasale et affections o (*Med. Record*, 16 nov. 1901)

Beaussenat (P.). — Des mastoïdites à évolution insidieuse (dites latentes) (Thèse de Bordeaux, 1901).

Bentzen (Sophus) (Copenhague). — De l'amélio ation de l'aide d'un tympan a tiliciel (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 1, janv. 1

Bernstein. — Des mastoïdites (*Journ. of ophtalmol., otol., et* janv. 1902).

Bonnier. — Recherches sur la compensation labyrinthique de (Soc. de biol., séance du 30 nov. 1901, *in Bull. méd.*, 4 déc. 1901).

Braislain (William) (Brooklyn). — Tumeur de l'oreille m ayant pris naissance sur les parois postérieure et interne de la tympanique, simulant une exostose, mais constituée par une lame (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 6, déc. 1901).

Breffeil. — Contr but on à l'étude de la nécrose de la table ext l'apophyse mastoïde au cours des mastoïdites aiguës (Thèse de Bo 1901).

Brieger et **Görke.** — Atlas de stéréoscopie médicale; otologie tions des o-selets de l'ouïe (*Stereoscopischeer medwinischer Atla logie; Erkrankungen des Gehorknöchelchen*) (Leipzig, A. Barth

Broca (A.) et **Laurens (G.).** — Méningite consécutive à u chronique ayant simulé un abcès cérébra (*Ann. des mal. de l'* n° 1, janv. 1902).

Burnett. — Empyème des cellules mastoïdiennes antérieures cutif à la scarlatine (*Amer. Journ. of the med. sciences*, n° 3, mar

Buys. — Un cas d'abcès cérébral d'origine otique avec mastoïdite et abcès périsinusien, opération, guérison (*La Parole*, nº 2, fév. 1902, et *Journ. de méd. de Bruxelles*, nº 46, 14 nov. 1901).

Bylsma. — Quatre cas du syndrome de Ménière (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 2, 1902).

Champeaux. — Un cas d'épilepsie jacksonienne résultant d'une affection d'oreille (*Archiv. internat. de laryngol.*, nº 6, nov.-déc. 1901).

Chavanne. — Syndrome hystérique et l'oreille (*Ann. des mal. de l'oreille*, sept. et oct. 1901).

Chavanne. — De l'emploi du diapason en acoumétrie (*Gaz. des hôpit.*, nº 23, 25 fév. 1902).

Clauda. — Deux observations de corps étrangers du conduit auditif (*Archiv. internat. de laryngol.*, nº 6, nov.-déc. 1901).

Compte rendu de la Société belge d'otologie (Bruxelles, 1901).

Connal (James Galbraith). — La furonculose du conduit auditif externe simulant une périostite mastoïdienne (*La Parole*, nº 2, fév. 1902).

Cott (G.). — Traitement non chirurgical de la forme commune de surdité (*Buffalo med. Journ.*, déc. 1901).

Coussieu (H.). — Contribution à l'étude de la bactériologie des otites moyennes aiguës (Thèse de Paris, 1901).

Delsaux. — Paralysies faciales d'origine otitique (*Presse oto-laryngol. belge*, nº 1, Bruxelles, janvier 1902).

Dépoutre (L.). — L'oreille sénile : oreille moyenne ; région mastoïdienne (Thèse de Paris, 1901).

Dörr. — Étude expérimentale sur l'étiologie de la thrombose sinusienne (*Münch. med. Wochens.*, nº 8, 25 fév. 1902).

Dudley (W.). — Quelques raisons en faveur de l'intervention précoce dans les mastoïdites aiguës (*Pensylvania med. Journ.*, nov. 1901).

Ephraim. — Des suppurations aiguës de l'oreille moyenne chez les diabétiques (*Archiv f. Ohrenkeilk.*, Band LIV, Hefte 3 et 4).

Ephraim. — Du mécanisme du développement du cholestéatome (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIV, Hefte 3 et 4).

Félix. — La labyrinthite dans la syphilis acquise (*Ann. des mal. de l'oreille*, nº 12, 1901).

Ferrari. — Recherches sur la sensibilité des sourds-muets (*Ann. di laringol. ed otol.*, fasc. 4, 1901).

Ferreri (Gherardo). — La chirurgie intra-tympanique dans les névroses d'origine otitique (*La Parole*, nº 2, fév. 1902).

Ferreri. — Utilité du cathétérisme et valeur thérapeutique de l'oxygène sous pression dans le traitement des otites catarrhales (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, fasc. 3, 1902).

Gellé. — Un cas d'algie mastoïdienne hystérique (*Archiv. internat. de laryngol.*, nº 1, janv.-fév. 1902).

Gellé. — Les otites insoupçonnées, causes de surdité (*Tribune méd.*, nºs 9 et 10, 1902).

Gellé. — Paralysie croisée de l'acoustique (*Archiv. internat. de laryngol.*, nº 6, nov.-déc. 1901).

Gros. — Des modifications du vertige voltaïque dans les otopathies (Thèse de Toulouse, 1901).

Haike. — Anatomie du sinus caroticus et sa signification dans les affections de l'oreille (Berliner otol. Gesells., séance du 12 nov. 1901, *in Deuts. med. Wochens.*, nº 5, 30 janv. 1902).

Harrisson (Damer). — Abcès cérébelleux avec thrombose du sinus latéral d'origine otique (Liverpool med. Institution, séance du 13 fév. 1902, *in British med. Journ.*, 1er mars 1902).

Hermann. — Du syndrome de Ménière (*Sammlung Zwangl Abhandl.*, Band V, nos 10, 11 et 12, 1901, et Band VI, nos 1, 2 et 3, 190

Hilgermann. — De la participation du ganglion de Gasser dans suppurations de l'oreille moyenne (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band Heft 4)

Hinsberg. — Des suppurations du labyrinthe (*Zeits. f. Ohrenhe* Band XL, Heft 4).

James (Culver). — Un cas d'affection de l'oreille moyenne avec c plications (Assoc. britan. de laryngol., séance du 14 janv. 1901, in *hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janv. 1901).

Joachim (O.). — L'otite moyenne des nouveau-nés (*New-Orl med. and surg. Journ.*, n° 6, déc. 1901).

Jurgens. — Du rôle des ganglions lymphatiques de la région aur laire (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 2, 1902, et *Saint-Petersburg. n Wochens*, n° 31, 1901, anal. *in The med. Rev.*, n° 1, janv. 1902).

Jürgens (Erwin) (Varsovie). — Deux cas de rupture de la carc interne au cours d'affections de l'oreille moyenne (*Monats. f. Ohrenhe* n° 1, janv. 1902).

Kenefick. — L'électrolyse dans le traitement des rétrécissements c niques de la trompe d'Eustache (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band Heft 4).

King (Gordon). — Un cas de mastoïdite gangréneuse (Orleans-Pa med. Soc., séance du 25 oct. 1901, *in New-Orleans med. and s Journ.*, n° 6, déc. 1901).

Kirchner. — Les traumatismes de l'oreille (*Wurzburger Abha aus dem Gesammtgebiet der prakt. Med.*, I, 10, 1901).

Kishi (Ichvita). — Du trajet périphérique et de la terminaison nerf cochléaire *(Ueber den peripheren Verlauf und die Endigung Nervus cochleae)* (Thèse de Halle, 1901).

Knapp (Arnold). — Un cas de méningite à la suite d'une moyenne suppurée aiguë par ostéomyélite de la portion pétreuse du poral. Opération. Autopsie. Examen microscopique (*Archiv. of* vol. XXX, n° 6, déc. 1901).

Kugel. — Des instruments pour l'amélioration de l'acuité audi (*Klin. Therap. Wochens.*, n° 3, 1902).

Kuhnlein (J.). — Étiologie des otites moyennes aiguës (*Monats Ohrenheilk.*, n° 11, 1901).

Kuntzsch (Karl). — De la valeur diagnostique de l'examen électri de l'oreille *(Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der elektrisc Untersuchung des Gehörorgans)* (Thèse de Kiel, 1901).

Lack (Richard). — Nécrose du labyrinthe osseux. Extraction opération (*Journ. of laryngol.*, mars 1902).

Lacoarret. — De l'atrésie du conduit auditif (*Ann. de la Policlin Toulouse*, suite et fin du 9, n° 10, 1901).

Lafarelle. — Curieuse anomalie du rocher Diverticulum de la ca du tympan (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 48, 23 nov. 1901).

Lau (N.). — De la cure des perforations anciennes de la membrane tympan (*Saint-Petersburg med. Wochens.*, 3 août 1901).

Laurens (G.). — Abcès extra-dural avec pachyméningite d'ori otique Evidement du rocher. Guérison (*Ann. des mal. de l'oreille*, n fév 1902).

Lavrand. — Corps étranger ayant séjourné vingt-cinq ans dans oreille (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 52, 28 déc. 1901).

Lazarraga. — Otite chronique suppurée; infection des cellules m toïdiennes; trépanation; guérison (*Bolet. de laringol.*, n° 7, fév 1902).

Lederman (M. D.). — L'opération Schwartze-Stacke pour une otite moyenne suppurée chronique; régénération du tympan; myringotomie secondaire; amélioration de l'ouïe (*The Laryngoscope,* vol. XII, nº 1, Saint-Louis, janv. 1902).

Lermoyez (M.). — La suppuration du labyrinthe; sa chirurgie (*Presse méd.,* nº 10, 1er févr. 1902).

Lermoyez. — Un cas de pyohémie otogène thrombo-phlébitique (*Ann. des mal. de l'oreille,* nº 1, janv. 1902).

Lermoyez. — L'hygiène de l'oreille (*La Voix parlée et chantée,* nov. 1901).

Lucas (Albert). — Un cas d'abcès du cerveau consécutif à la scarlatine. Trépanation. Guérison (*Birmingham med. Rev.,* nov. 1901).

Magnan. — Traitement médical de l'otite moyenne purulente (*Touraine méd.,* nº 2, 1902).

Mann. — Du mécanisme de la circulation sanguine dans la veine jugulaire interne (*Zeits. f. Ohrenheilk.,* Band XL, Heft 4).

Marage. — Traitement de la surdité par des vibrations sonores (Acad. des sciences, séances des 11, 18 et 25 nov. 1901, *in Semaine méd.,* 4 déc. 1901).

Marage. — Comment on pourrait mesurer l'acuité auditive (*Bull. de laryngol.,* t. IV, nº 4, 30 déc. 1901).

Marfan (A.-B.) et **Delille (A.).** — Paralysie faciale congénitale du côté droit (*La Parole,* nº 2, fév. 1902).

Masini. — Notice sur quelques cas de complications de l'otite moyenne purulente (*Ann. di laringol. ed otol.,* fasc. 4, 1901).

Métoz. — La furonculose du conduit auditif externe simulant la mastoïdite (Thèse de Lyon, 1901).

Müller. — Névroses et opérations mastoïdiennes (*Archiv f. Ohrenheilk.,* Band LIV, Hefte 3 et 4).

Murrell. — Un cas de pyohémie consécutive à une otite moyenne (*British med. Journ.,* 21 déc. 1901).

Napieralski (Th.). — Le vertige voltaïque dans les lésions de l'appareil auditif (Thèse de Paris, 1901).

Nilus (L.). — Des abcès cérébraux d'origine otique (Thèse de Nancy, 1901).

Ostmann. — Les affections de l'oreille chez les enfants des écoles primaires du district de Marbourg (*Archiv f. Ohrenheilk.,* Band LIV, Hefte 3 et 4).

Pacinotti (G.). — Actinomycose et cérumen (*Bollet. delle mal. dell' orecchio,* nº 1, 1902).

Parmentier. — Sur l'existence d'une otite moyenne suppurative syphilitique dans la période secondaire (*Progrès méd. belge,* nº 4, 1902).

Pégot (J. G.). — Les surdités de la furonculose et de la grossesse et de leur traitement; existence d'un centre psychique d'auto-audition (Thèse de Paris, 1901).

Phillips (Wendell). — De la nécessité de l'intervention chirurgicale dans les mastoïdites suppurées (*Amer. Journ. of the med. sciences,* déc. 1901).

Pischel (Kaspar) (San Francisco). — Mastoïdite aiguë (*Archiv. f. Ohrenheilk.,* Band LII, Hefte 1 et 2).

Randall. — Ce que l'otologie doit à Helmholtz (*Journ. of the Amer. med. Assoc.,* 1er mars 1902).

Raoult et Specker. — De l'otorragie dans la fièvre typhoïde (Soc. de méd. de Nancy, séance du 11 déc. 1901, *in Rev. méd. de l'Est,* nos 3 et 4, 1902).

Ricoux (A.). — Contribution à l'étude de l'otite dans la grippe et en particulier de ses complications (Thèse de Paris, 1901).

Ropke (Friedrich) (Solingen). — Des troubles fonctionnels de l'oreille et des voies respiratoires *(Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege)* (*Die Ohrenheilkunde der Gegenwart,* Wiesbaden, Bergmann, 1902).

Royet. — Nécrose de l'apophyse mastoïde consécutive à une otite aiguë; extraction du séquestre par le conduit auditif (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 6 novembre 1901, *in Lyon méd.*, n° 48, 1901).

Schubert. — De l'épreuve de l'ouïe chez les sourds-muets (Aerztlicher Verein in Nürnberg, séance du 5 déc. 1901, *in Deuts. med. Wochens.*, n° 7, 1902).

Schwabach. — Anatomie pathologique de la surdi-mutité (Berliner otologische Gesellschaft, séance du 12 nov. 1901, *in Deuts. med. Wochens.*, n° 5, 30 janv. 1902).

Seifhardt. — Des fistules congénitales de l'oreille et du cou *(Zur Kentniss der congenitalen Ohr- und Halsfirteln)* (Thèse de Munich, 1901).

Seiss (Ralph W.) (Philadelphie). — Un cas de mastoïdite à marche clinique insolite (*The Laryngoscope*, vol. XII, n° 1, Saint-Louis, janv. 1902).

Skalski. — Fibrome du lobule de l'oreille chez une jeune fille (*Vratchebnaja Gaz.*, n° 45, 1901).

Smith (Mc Cuen) (Philadelphia). — Des complications auriculaires de l'influenza (*Philadelphia med. Journ.*, 11 janv. 1902).

Snow (Sargent). — Surdité consécutive à la fièvre scarlatine (*Buffalo med. Journ.*, nov. 1901).

Snydacker. — Le microscope comme aide pour le diagnostic et le pronostic des suppurations chroniques de l'oreille moyenne (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 6, déc. 1901).

Stearns (W. Q.). — Relation d'un cas de fracture de la table interne avec lacération et contusion des lobes temporal et sphénoïdal (*The Med. Age*, 25 fév. 1902).

Stenger. — De la thrombose du bulbe de la veine jugulaire (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Band LIV, Helte 3 et 4).

Struycken. — Limite physiologique et pathologique de l'ouïe pour la partie la plus importante de la gamme (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 1, janv.-fév. 1902).

Suné. — Contribution à l'étude des mastoïdites suppurées aiguës primitives, limitées à l'antre (*Rev. de laringol.*, Barcelone, octobre 1901).

Taillefer. — Contribution à l'étude histologique et clinique des polypes de l'oreille (Thèse de Lyon, 1901).

Thomas. — Un cas de pyohémie otitique sans phlébite; choroïdite suppurée du côté opposé (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 2, 11 janvier 1902).

Toubert. — Deux cas de corps étrangers du conduit auditif (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 6, nov.-déc. 1901).

Transactions of the Otological Society of the United Kingdom, vol. II, second session, 1900-1901 (London, Churchill (J. et A.), 1901).

Treitel. — De la diminution fonctionnelle de l'acuité auditive (*Neurol. Centrl. Bl.*, 1er août 1901).

Tresilian. — Un cas de paralysie faciale avec récidive de polypes (Assoc. britan. de laryngol., séance du 11 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janv. 1902).

Trifiletti. — Quelques cas de chirurgie de l'oreille (*Bollet. delle mal. dell' orecchio*, n° 2, 1902).

Vachide. — De l'audiométrie (*Bull. de laryngol.*, t. IV, n° 4, 30 déc. 1901).

Vues. — Abcès mastoïdiens sous-périostés guéris par simple incision. Furonculose du conduit consécutive à une otite moyenne aiguë simulant une mastoïdite (*La Policlin. de Bruxelles*, n° 4, 15 fév. 1902).

White (Faultter). — Otite moyenne suppurée avec petite perforation, traitée par excision et irrigation (*British med. Journ.*, Londres, 9 nov. 1901).

Wiebe. — Trois cas de surdité grave d'origine hystérique (*Deuts. Archiv. f. klin. Med.*, Band LXXI, Hefte 1 et 2).

Wingrave (Wyatt). — Un cas de paralysie faciale avec otite moyenne (Assoc. britan. de laryngol., séance du 11 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 25 janv. 1902).

Witte et Sturm. — Contribution à l'étude des affections otogènes du cerveau, des méninges et des sinus veineux (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 6, déc. 1901).

Wittmaak. — Des récents travaux d'otologie (*Fortschritte der Med.*, n° 4, 1er fév. 1902).

Zalewski. — Du traitement des polypes de l'oreille (*Gaz. Lekarsku*, 13, 20 et 27 juillet et 3 août 1901).

Croup et Diphtérie.

Arloing. — Influence de la mucédine sur le bacille diphtérique (*Lyon méd.*, n° 3, 1902).

Bernardy (Eugène). — Un cas intéressant de diphtérie (*Med. Council.*, janv. 1901).

Cleerman (Richard A.). — Trente-cinq cas de diphtérie traités par l'antitoxine (*University med. Magazine*, déc. 1900).

Comba. — Un cas d'abcès péri-trachéo-laryngé secondaire à la diphtérie des premières voies (*Aréhiv. ital. di laryngol.*, fasc. 1, janv. 1902).

Concetti. — Des abcès sous-muqueux du larynx dans le croup (*Archiv ital. di laringol.*, fasc. 1, janv. 1902).

Cooper. — Le traitement local de la diphtérie (Clin. Soc. of Manchester, *in British med. Journ.*, 15 mars 1902).

Corbett (Frank J.). — Diagnostic bactériologique de la diphtérie (*Med. Dial*, janv. 1901).

Grindon (Joseph). — Pseudo-diphtérie apparemment due au microcoque tétragène (*Saint-Louis Courier of med.*, déc. 1900).

Mac Pherson. — Un cas grave de diphtérie ayant envahi le pharynx, le larynx, la trachée, les bronches et probablement l'œsophage (*Med. Record*, 8 mars 1902).

Massei. — Du traitement moderne du croup (*Bollet. delle mal. dell' orecchio*, n° 2, 1902).

Maurans (de). — Les oscillations de la mortalité par diphtérie sont-elles sous la dépendance immédiate des méthodes thérapeutiques? (*Semaine méd.*, n° 51, 11 déc. 1901).

Miller (Albert). — Diphtérie, traitement et mortalité au Rhode Island Hospital (*Providence med. Journ.*, janv. 1901).

Prota (G.). — Un cas de croup latent. Intubation. Guérison (*Giorn. de scienz. med.*, XXII).

Schabad. — Bactériologie clinique de la diphtérie. Contribution au diagnostic différentiel de la diphtérie et du bacille pseudo-diphtérique (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Band LIV).

Varay. — Tubage et broncho-pneumonie chez les diphtériques *Province méd.*, nº 4, 1902).

Weichselbaum (S.). — Biiodure de mercure dans la diphtérie (*Merk's Archiv*, déc. 1900).

Williams (Eg.). — Diphtérie post-scarlatineuse, rhinorrhée et otorrhée (*British med. Journ.*, 21 déc. 1901).

Varia.

Aldrich (Ch. I.). — Des affections des nerfs craniens consécutives à l'influenza (*Cleveland Journ. of med.*, juillet 1901).

Cestan. — Épithélioma du corps thyroïde greffé sur un vieux goitre; thyroïdectomie; guérison opératoire (*Écho méd.*, nº 6, 1902).

Chaussaud (R. P.). — Prothèse par les injections de paraffine (Thèse de Bordeaux, 1902).

Erishorn (Max) (New-York). — Un nouvel œsophagoscope (*Med. Record*, 25 janv. 1902).

Guilloz. — Un cas de lupus de la face traité par la radiothérapie et la photothérapie (Soc. de méd. de Nancy, séance du 13 nov. 1901, *in Rev. méd. de l'Est*, nº 1, 1902).

Kyle (John). — L'influenza et ses rapport avec les cellules ethmoïdales et les otites moyennes (*Indiana med. Journ.*, mars 1901).

Lichtwitz. — Du traitement du lupus de l'oreille et du nez par l'air chaud (*Archiv. internat. de laryngol.*, nº 1, janv.-fév. 1902).

Pels-Leusden. — Œsophagotomie pour corps étrangers (Berliner med. Gesellsch., séance du 15 janv. 1902, *in Münch. med. Wochens.*, nº 3, 1902).

Richelot. — Épithélioma primitif du cou d'origine branchiale (Acad. de méd., séance du 11 fév. 1902, *in Semaine méd.*, nº 7, 1902).

Schäfer. — Sur quelques applications de l'extrait de capsules surrénales (*British med. Journ.*, 27 avril 1901).

Seifhardt. — Des fistules congénitales de l'oreille et du cou *(Zur Kentniss der congenitalen Ohr- und Halsfirteln)* (Thèse de Munich, 1901).

Shields (W. Bayard). — L'influenza et spécialement ses effets sur les organes respiratoires et les cavités accessoires du nez (*Saint-Louis med. Rev.*, 16 fév. 1901).

Wroblewski (W.) (Varsovie). — Des propriétés anesthésiantes d'une solution alcoolique de cocaïne à 25 0/0 dans les opérations sur le nez, le pharynx et le larynx (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 3, 1902).

Bordeaux. — Imprimerie G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DE

La REVUE du Dr E. J. MOURE

7 juin 1902.

Bouche et Pharynx buccal.

Abercrombie. — Un cas de tumeur pharyngée (Assoc. brit. de laryngol., séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1902).

Astier. — Traitement de l'hypertrophie de l'amygdale (*Clin. gén. de chir.*, n° 2, nov. 1901).

Barstow. — Contribution à l'étude des abcès périamygdaliens (*Med. Record*, 19 avril 1902).

Berini. — De la symphyse staphylo-pharyngienne et de son traitement (Barcelone, 1902).

Brindel. — Tuberculose maxillo-gingivale, palatine et jugale. à forme bourgeonnante (ostéo-myélite tuberculeuse chronique) (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, séance du 14 mars 1902, *in Gaz. hebdom. des sciences méd.*, n° 13, 1902).

Brown (Q.). — Traitement chirurgical de malformations et de défectuosités de la parole dues ou associées au bec-de-lièvre et à la gueule-de-loup (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. XXXVIII, nos 3 et 4, 1902).

Bruin (J. de) (Amsterdam). — Tuberculose de l'amygdale (*Nederlansche Tijdsschrift*, D. I, n° 9, 1902).

Debrie. — Bec-de-lièvre congénital compliqué de fissure alvéolo-palatine. avec saillie et torsion des os inter-maxillaires internes (*La Parole*, n° 3, mars 1902).

Derocque et **Nicolle**. — Un cas d'hypertrophie épithéliale piliforme de la langue (*Rev. méd. de Normandie*, n° 8, 25 avril 1902).

Dillmann. — De la leucoplasie linguale. Considération sur son histologie et étiologie *(Ueber Leukoplasia linguae mit besonderer Berucksichtigung ihrer Histologie und Aetiologie* (Dissert. de Giessen, 1902).

Esse. — Du traitement des abcès rétropharyngés (Dissert. de Kiel, 1901).

Etterlen. — Polype muqueux du voile du palais (*Lyon méd.*, n° 15 1902).

Fischer (Louis). — Cas de stomatite gangréneuse (noma) (*The Amer. Journ. of the med. sciences*, n° 4, avril 1902).

Garel. — Maladie d'Isambert (Soc. méd. de Lyon, séance du 9 mai 1902, *in Lyon méd.*, n° 20, 1902).

Gellé. — Des courants aériens et cyclones se formant dans la cavité buccale dans la parole chuchotée (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 3, 1902).

Goris. — Tumeur thyroïdienne de la base de la langue extirpée p voies naturelles (Acad. de méd. de Belgique, 26 avril 1902, *in Se méd.*, n° 18, 1902).

Kayser. — Calcul amygdalien extraordinairement gros (X^e^ Cong la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, 1902).

Krebs (Hildesheim). — Un cas de gangrène du pharynx à m chronique. Opération. Guérison (*Deuts. med. Wochens.*, n° 17, 21 1902)

Kyle. — Suppurations périamygdaliennes (*Med. and surg. Mo* 15 avril 1902).

Lennox Browne. — Lympho-sarcome de la paroi postérieu pharynx (Assoc. méd. brit., séance du 10 mai 1901, *in Rev. hebdo laryngol.*, n° 9, 1902).

Lermoyez et **Gasne.** — Goutte aiguë du pharynx (*Ann. des de l'oreille*, n° 5, 1902).

Macvicar (Neil). — Ulcérations marginales des gencives par indigènes de l'Afrique centrale (*Journ. of tropical med.*, London, 1 1902).

Mayo Collier. — Ulcère du plancher de la bouche (Assoc. b laryngol., séance du 10 mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.* 1902).

Matheny. — Des fonctions des amygdales, avec considérations diagnostic différentiel des affections amygdaliennes (*Illinois med. J* mars 1902).

Meyer (Emil). — Affections de la bouche et de la gorge (*La P* n° 3, mars 1902).

Morestin. — Cancers primitifs et indépendants des deux lèvres (*méd.*, n° 26, 1902).

Pick. — Chorée pharyngée avec des bruits auriculaires objecti ceptibles (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, 1902, p. 123).

Poirier. — Traitement du cancer de la langue (Soc. de chir., s du 23 avril 1902, *in Semaine méd.*, n° 18, 1902).

Prota. — Fibro-sarcome de la base de la langue (*Archiv. it otol.*, mai 1902).

Quintin. — Les odontalgies (*Progrès méd. belge*, n^os^ 7 et 8, 190

Raoult (Aimar). — Diagnostic des ulcérations de l'amygdale pa (*Rev. méd. de l'Est*, n^os^ 4, 5, 6 et 7, 1^er^ avril 1902).

Raynor (F. C.). — Un cas de tumeur maligne de la luette *Laryngoscope*, vol. XII, n° 2, fév. 1902).

Robertson (E.) et **Biedert (Ch.).** — Angine de Ludwig c quant une fièvre typhoïde (*Pensylvania med. Journ.*, Pittsburg, 1902).

Root (Arthur). — Un cas de sarcome de la langue (*New-York Journ.*, 12 avril 1902).

Scholand. — De la pathogénie et du traitement de la grenou *(Ueber Entstehung und Behandlung der Ranula)* (Dissert. de Le 1901).

Seitz (Albert). — Un cas de langue double (*Med. Record*, 22 1902).

Simonin. — Les complications de l'angine de Vincent (*La Parole*, n° 3, mars 1902).

Siredey (A.) et **Mantoux (Ch.).** — Stomatite ulcéro-membraneuse staphylo-palatine avec bacilles fusiformes et spirilles de Vincent (*La Parole*, n° 3, mars 1902).

Siredey. — Note sur l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur dans le traitement de l'angine à bacille fusiforme et à spirilles de Vincent (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 3, 1902).

Tanturri. — Adénome de l'amygdale. Note clinique et histologique (*Archiv. ital. di laringol.*, avril 1902).

Toubert. — Étude comparée de quelques variétés d'abcès d'origine dentaire (*La Parole*, n° 3, mars 1902).

Zhamenski. — Pyorrhée alvéolaire (*Méd. Obozrénié*, n° 6, 1902).

Nez, Pharynx nasal et Cavités accessoires.

Anderodias. — Polypes muqueux des fosses nasales (*Gaz. méd. de Picardie*, n° 4, 1902).

Baratoux. — Des injections de paraffine dans les cas de déformations du nez (*Progrès méd.*, n° 20, 1902, et *Pratique méd.*, n° 4, 1902).

Bargoni. — Sinusite chronique maxillaire droite avec suppuration du sinus ethmoïdal et sinusite sphénoïdale (*Giorn. ital. di laringol.*, n° 2, Naples, 1902).

Bonne. — Du rôle clinique de l'eczéma séborrhéique en particulier dans la pathogénie des végétations adénoïdes et du carcinome (*Klin. therap. Wochens.*, n° 13, 1902).

Bowlby. — Mucocèle ethmoïdal (Clin. Soc. of London, séance du 25 avril 1902, *in British med. Journ.*, 3 mai 1902).

Bronner (Bradford). — Des suppurations nasales (Leeds and West riding med.-chir. Soc., séance du 18 avril 1902, *in British med. Journ.*, 20 avril 1902).

Brown (J. P.). — Maladies du nez et du larynx (*Diseases of nose and throat*) (in-8°, 492 p. avec fig., Londres, 1901).

Calamida et **Bertarelli.** — Sur la flore bactérienne des sinus du nez et du conduit auditif (*Archiv. ital. di otol.*, mai 1902).

Calamida et **Citelli.** — Un cas d'épithélioma de la muqueuse ethmoïdale (*Archiv. ital. di otol.*, mai 1902).

Caralt. — Empyème du sinus frontal et phlegmon diffus et gangréneux de la paupière supérieure (*Rev. med. y cir.*, n° 3, 25 mars 1902).

Cobb. — Du traitement des lésions syphilitiques du nez et de la gorge (*Ann. of otol.*, Saint-Louis, avril 1902).

Crouch (Fr.). — Deux cas de surdité unilatérale due à une suppuration des cavités accessoires du nez (*Journ. of eye, ear and throat diseases*, janv.-fév. 1902).

Depierris. — Traitement thermal par applications locales sur le rhino-pharynx (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 5, 1902).

Derecq. — La balnéation des fosses nasales (*La Tuberculo* nº 2, 1902).

Deutschlander. — Quatre cas de rhinosclérome (Xº C Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdom. de lary* 1902).

Dionisio. — De la photothérapie dans le traitement de l'o *della R. Accad. di med. di Torino*, LXV, nº 1).

Downie (Walker). — Des injections sous-cutanées de pa les déformations du nez (*British med. Journ.*, 3 mai 1902)

Finger. — Sur un cas de folliculite serpigineuse et ulcér (*Wiener klin. Wochens.*, 6 mars 1902).

Forsyth. — Des déviations de la cloison du nez (*Buffalo n* avril 1902).

Freer (Otto). — Correction des déviations de la cloi minimum de traumatisme (*The Journ. of the Amer. med. As* 1902).

Gallemaerts. — Sinusite frontale avec oblitération c canal lacrymo-nasal (*La Polyclinique*, nº 10, 15 mai 1902).

Gatteschi. — Les végétations adénoïdes du naso-pharyn relations avec certaines maladies de l'enfance. Efficacité de l' chirurgicale (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, fasc. 4, 1902).

Genta. — Effets de l'occlusion nasale sur la pression san *di laringol.*, fasc. 1, 1902).

Grazzi (V.). — Sur l'étiologie des myxomes des fosses nas *delle malatt. dell' orecchio*, nº 5, 1902).

Groës (de). — Sinus et sinusite maxillaire. Anatomie, pathologie et traitement (1 vol., 228 p., Maloine, Paris, 1902).

Grosskopff (W.). — L'ozène, monographie et étude (*Kli aus dem Gebiete der Otol., etc.*, Band V, Heft 5).

Hajek. — Pourquoi récidivent les polypes du nez (*Wiener n* 9 et 16 mars 1902).

Halasz. — De la curabilité de la tuberculose primitive du *rische med. Presse*, 10 mars 1902).

Hegmann et **Matzuschita.** — Étiologie de la fièvre de *f. Hyg. und Infectionskr.*, Band XXXVIII, 3).

Ilyich. — De la narcose dans l'ablation de la troisièm (*Vratchebnaja Gaz.*, nº 15, 1902).

Ingersole. — Rhinolithes et corps étrangers du nez (*Me* 12 avril 1902).

Jakins (Percy). — Un cas de tumeur du maxillaire supéri brit. de laryngol., séance du 10 mai 1901, *in Rev. hebdom. de* nº 9, 1902).

Jousset (A.). — Vertige nasal et épilepsie (*Rev. hebdom. de* nº 11, 1902).

King (Gordon). — Épistaxis, ses causes et son traitem *Orleans med. Journ.*, avril 1902).

Klemperer et **Scheier.** — De l'identité de l'ozène et du rome avec le bacille de Friedländer (*Zeits. f. klin. Med.*, Band

Kutwist. — Kyste dermoïde du nez (*Wiener Klin. Rund* 1902).

Lacoarret. — Polypes muqueux papillaires de la clo
hebdom. de laryngol., n° 21, 1902).

Lapersonne (de). — Sur les complications orbitaire
sinusites (Soc. franç. d'ophtalmol., Congrès de 1902, P
Presse méd., n° 36, 1902).

Lowe (Ludwig). — Nouvelles communications sur
nez par la bouche (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1902).

Mc Kinney (R.). — Deux cas rares de tumeurs nas
of the Amer. med Assoc., 22 mars 1902).

Malherbe. — Maladies des fosses nasales (*Bull. méd*

Mann. — Murocèle des cellules ethmoïdales droites (
Soc. allemande d'otol., mai 1901; *in Rev. hebdom. de*
1902).

Marie et **Guillain.** — Sur trois cas de rhinelcose av
cordons postérieurs de la moelle (*Ann. des mal. de l'or*

Marsi (de). — L'opération des végétations adénoï
28 déc. 1901).

Mayo-Collier. — Douleurs orbitaires et hémi-fronta
une affection nasale (Assoc. brit. de laryngol., séance du
Rev. hebdom. de laryngol., n° 8, 1902).

Melzi. — Sur la déformation du nez par les polypes n
ital. di otol., mai 1902).

Millener. — Végétations adénoïdes et leur influence
ment du voile du palais (*Philadelphia med. Journ.*, 12 a

Nardi. — Angio-sarcome de la cloison (*Archiv. ital. d*
1902).

Nourse. — Un cas de syphilis congénitale des voies r
rieures (Assoc. brit. de laryngol., séance du 8 mars 1901,
de laryngol., n° 8, 1902)

Nourse (Chichele). — Un cas de rhinite atrophiqu
du sinus sphénoïdal (Assoc. brit. de laryngol., séance du
Rev. hebdom. de laryngol., n° 9, 1902).

Nourse (Ch.). — Un cas d'hypertrophie bulleuse d
(Assoc. brit. de laryngol., séance du 10 mai 1901, *in*
laryngol., n° 9, 1902).

Parmentier. — Diagnostic différentiel des ulcères sy
culeux, lupiques et cancereux du nez, du pharynx et du
méd., n° 8, 15 avril 1902).

Pasteur. — Des polypes naso-pharyngiens (*Archiv.*
1902).

Philip (J. H.). — Les rayons X pour déterminer les
frontal (*The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 22 mars 1902

Phillips (Sydney). — Le rhumatisme comme cause d'
enfants (*Lancet*, 22 fév. 1902).

Pitous. — De la dysménorrhée d'origine nasale (Thè
1902).

Quervain (de). — Autoplastie des pertes de substa
supéro-latérale du nez par implantation d'un fragmen
cloison nasale (*Centralbl. f. Chir.*, 15 mars 1902).

Raoult. — Du nez dans la littérature et les arts (*Rev*
n°s 8 et 9, 1902).

in. — Des théories de l'ozène. Les sinusites dans l'ozèn
med., n° 9, 1902).

i. — Cure radicale de l'empyème rebelle de l'antre d'Higl
med. Wochens., 28 déc. 1901).

ardson. — Perforation de la cloison du nez. Étude de 2
et pathologie (*Ann. of otol.*, Saint-Louis, avril 1902).

ıcha (von). — Des végétations adénoïdes (*Memorabilien*,

Dunbar). — Deux cas d'hémorragie insolite consécutive à
et à la tonsillotomie (*The Laryngoscope*, vol. XII, n° 2, fév.

azès. — Rhinite simple de nature diphtérique (*Gaz. hebdor
méd. de Bordeaux*, n° 17, 28 avril 1902).

nemann (Berne). — Le nez et le larynx dans leurs rapport
tions des poumons *(Nase und Kehlkopf in ihren Beziehı
Lungen Krankheiten)* (Berne, Wyss, 1902).

(Emanuel). — Traitement opératoire du nez ensellé (*Il
urn.*, mars 1902).

culeanu. — Rapports anatomiques et pathologiques entı
la face et l'appareil orbito-oculaire (1 vol., 128 pages,
, 1902).

ier. — Cas de redressement du nez (Assoc. brit. de lary
u 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1902).

ez de Mendoza. — De la nécessité d'une intervention ra
tune dans les végétations adénoïdes et des funestes conséqu
affection abandonnée à elle-même (*Archiv. de méd. et de
*, n° 2, 1902).

etti. — Nouvelle méthode de diagnostic de la sinusite maxi
ital. di otol., vol. XII, fasc. 4, 1902).

or (Richard). — Végétations adénoïdes du naso-pharynx
Pract. and News, 25 mars 1902).

t. — De la fièvre de foins (*Münch. med. Wochens.*, nos 17

et. — Ostéome du maxillaire supérieur (*Lyon méd.*, n° 21,

theim. — Un cas d'empyème chronique double du sinus f
grès de la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdo
.*, n° 11, 1902).

ght (J.). — Un cas d'empyème isolé, latent et unilatéral, du
lal, avec délire et troubles cérébraux (*Ann. of otol.*, Saint-L
2).

Larynx et Trachée.

crombie. — Un cas de pachydermie laryngée (Assoc. br
, séance du 10 mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*,

dano. — Intubation du laryux. Instrument technique. Avan
. Naud, 1902).

Bark. — Épithélioma de la corde vocale droite quatre a
tion (Assoc. brit. de laryngol., séance du 8 mars 1901, *in*
de laryngol., n° 8, 1902).

Bark. — Kyste de la fossette glosso-épiglottique (Assoc
gol., séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol*

Barton (J.). — Médication intra-trachéale dans les affe
respiratoires (*The Journ. of tuberculosis*, avril 1902).

Baumgarten. — Sténose laryngée et trachéale à la suit
d'un abcès péritrachéal. Fistule laryngée. Guérison (*Jah*
heilk., Band LV).

Bibent. — Corps étranger du larynx (Soc. anat.-clin
séances du 20 mars et du 5 mai 1902, *in Echo méd.*, n^os^

Brown (Campbell). — Traitement de la tuberculose l
of otol., Saint-Louis, avril 1902).

Cahn. — De la névrite périphérique comme la cause la
des paralysies laryngées du tabes (*Deuts. Archiv. f*
Band LXXIII).

Castex. — Maladies de la voix (*Bull. de laryngol.*, t. V,

Cheptelich-Khertzesko. — Des troubles de la par
chez les hystériques (*Rousskaya med. Vratch*, mars 1902).

Citelli. — Sangsue dans la trachée et dans le naso-ph
ital. di otol., vol. XII, fasc. 4, 1902).

Collinet. — Traitement des sténoses fibreuses du larynx
de laryngol., n° 20, 1902).

Compte rendu de l'Association britannique de laryn
du 10 mai 1901 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 9, 1902).

Compte rendu de l'Association britannique de laryn
du 8 mars 1901 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1902)

Corvini. — Contribution à l'étude des corps étrangers
ratoires (*Boll. delle malatt. dell' orecchio*, n° 5, 1902).

Deguy et Weil. — Dangers de l'emploi dans le tubag
tubes a biseau sans mandrin (Soc. de pædiatrie, séance du
in Bull. méd., n° 25, 1902).

Donnelan. — Diagnostic et traitement de la tubercu
(*Med. Detroit*, mars 1902).

Ferreri. — Deux cas de myxome du larynx (*Archiv.*
mai 1902).

Freudenthal. — Traitement opératoire de la tubercu
(*The Journ. of tuberculosis*, avril 1902).

Freytag. — De la tuberculose laryngée (*Münch. m*
n° 19, 1902).

Garel. — La toux de compression; son importance pou
des rétrecissements des bronches (*Ann. des mal. de l'ore*

Hacker. — Résection de la trachée pour un rétrécisse
avec sutures circulaires (*Beiträge z. klin. Chir.*, Band XX

Kafemann. — Du traitement de la tuberculose des voi
et en particulier celle du larynx (*Sammlung Zwangloser A*
n° 4, 15 avril 1902).

Katzenstein. — De la structure fonctionnelle des v
cordes vocales. (*Archiv f. Anat. und. Physiol.*, 1901, fasc

'intubation perorale (*Fortschritte der Med.*, n° 4, 1

— Tuberculose du larynx et grossesse (*Bull. de laryng* 1902).

— Fracture du larynx (*Union méd. du Nord-Est*, n°s 4 02).

rne). — Un cas de papillome du larynx chez un enf *Bl. f. Schweizer Aerzte*, n° 3, 1902).

Des tumeurs amyloïdes du larynx (*Wiener med. Pre*

(A.). — La greffe cutanée dans le traitement des sténo larynx (*Ann. of surg.*, nov. 1901).

bano). — Corps étrangers des voies aériennes (*Boll. d orecchio*, n° 4, 1902).

— Vertiges et ictus laryngé (*Ann. des mal. de l'orei*

— Du pemphigus aigu bénin des premières voies respi itives (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 12, 1902).

et **Roche**. — Note sur un cas de laryngo-typhus suivi méd. et de chir. de Bordeaux, séance du 14 mars 1902, *des sciences méd. de Bordeaux*, n° 14, 1902).

l. J.). — De la suture immédiate des voies aériennes ap pratiquées sur la trachée et le larynx (*Rev. hebdom.* 6, 1902).

L.). — Polype et nodule vocaux associés à des troubles res ropathiques chez une institutrice (*La Parole*, n° 4, 1902)

oubles génitaux et affections de la gorge et du pharynx el *z. de gynécol.*, 15 fév. 1902).

— Étude clinique sur l'intubation (*Sammlung klin. V* janv. 1902).

Chichele). — Un cas de paralysie complète de la cor brit. de laryngol., séance du 10 mai 1901, in *Rev. hebdo* n° 9, 1902).

). — Le nerf accessoire et l'innervation du larynx (*R aryngol.*, n° 10, 1902).

). — Anatomie et physiologie des nerfs du larynx *(Die A hysiologie der Kehlkopfnerven)* (Berlin, Oscar Coblen

o. — Contribution à l'étude de la fistule laryngo-trachée *l.*, 30 nov. 1901).

t. — Traitement chirurgical de la tuberculose du lary ca, 14 déc. 1901).

Note sur deux cas de stridor congénital (*Rev. mens. d nce*, fév. 1902).

— De quelques trachéotomies pratiquées pour croup laryn ngol., fasc. 1, 1902).

ltten). — Un cas de pemphigus foliaceus des muqueus ratoires (*Amer. med.*, Philadelphia, 15 mars 1902).

R.). — Du traitement chirurgical des végétations de rculeuse (*Bolet. de laringol.*, Madrid, mars-avril 1902).

Schroetter (Hermann von). — Contribution à l'étude du sclérome de la trachée (*The Journ. ophtalmol., otol. and laryngol.*, n° 2, mars 1902).

Sebileau (P.). — La trachéotomie appliquée au traitement des papillomes crico-trachéaux (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 4, avril 1902).

Somers. — Urticaire des voies respiratoires supérieures (*Med. News*, 8 mars 1902).

Stebbins (Walter). — Relation d'un cas de corps étranger de la trachée (*Med. Record*, 5 avril 1902).

Veis. — De l'évolution de la tuberculose laryngée dans la grossesse (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, 1902).

Vues. — La tuberculose laryngée (*La Policlinique*, n° 9, 1902).

Wingrave (Wyatt). — Un cas de tuberculose laryngée chez un garçon de seize ans (Assoc. brit. de laryngol., séance du 10 mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 9, 1902).

Zacher. — Pathogénie et diagnostic de l'herpès laryngé (*Vratchebnaja Gaz.*, n° 19, 1902).

Oreilles.

Abbott (F. G.). — Carcinome à marche rapide du conduit auditif (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 2 déc. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 7, 1902).

Alinsberg. — Du mode d'infection dans la méningite consécutive à l'empyème du sinus frontal (X° Congrès de la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 11, 1902).

Alexander. — Perle métallique dans le conduit auditif d'un enfant (Soc. autrichienne d'otol., séance du 28 oc.. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 12, 1902).

Alt. — A propos d'une infiltration carcinomateuse complète du temporal et du labyrinthe par métastase (Soc. autrichienne d'otol., séance du 28 oct. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 12, 1902).

Alt. — Thrombose de la veine jugulaire interne avec foyer de gangrène pulmonaire au cours d'une otorrhée (Soc. des méd. de Vienne, *in Semaine méd.*, n° 19, 1902).

Arthur (Richard). — Le traitement des suppurations de l'oreille moyenne (*The Journ. of laryngol.*, n° 5, 1902).

Ballance. — Un cas de déchirure de la dure-mère fermée par une greffe épithéliale (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 2 déc. 1901, (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 7, 1902).

Ballance. — De l'ouverture et du drainage des abcès cérébraux et cérébelleux consécutifs aux suppurations de l'oreille moyenne (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 4 fév. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 6, 1902).

Baratoux. — Corps étranger de l'oreille. Radiographie (*La Pratique méd.*, n° 3, 1902).

Bates. — Nouveau traitement de la surdité pour otite catarrhale chronique (*The New-York med. Journ.*, 3 mai 1902).

Beco. — Trois cas de suppurations intra-durales d'origine otiqu *Presse oto-laryngol. belge,* n° 5, 1902).

Berthold. — De la diplacousie mono-auriculaire (*Archiv f. O keilk* , Band LV, Hefte 1 et 2).

Biehl. — De l'origine et du trajet du nerf vestibulaire (X° Cong la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.,* 1902).

Boyer. — Recherches statistiques sur les causes et les époques surdité accidentelle enfantine (*Bull. de laryngol.,* t. V, n° 30, 1902).

Breyre. — Un cas de pyohémie otitique. Guérison (*La Presse laryngol. belge,* n° 3, Bruxelles, mars 1902).

Brieger. — Tuberculose primitive du temporal avec pachymén tuberculeuse (X° Congrès de la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in hebdom. de laryngol.,* n° 11, 1902).

Brieger. — De l'état de la question de la pyohémie otogène (X° grès de la Soc. allemande d'otol., *in Rev. hebdom. de laryngol.,* 1902).

Brindel. — Des mastoïdites latentes et des dangers de l'expec dans les suppurations de l'oreille moyenne (*Rev. hebdom. de lary* n°s 7, 8 et 9, 1902).

Bristow (Donald). — Un cas insolite de surdité (*Med. Re* 22 mars 1902).

Brunard et **Labarre.** — Un cas de fièvre typhoïde compliqu mastoïdite fongueuse et d'abcès cérébral (*La Presse oto-lary belge*, n° 3, Bruxelles, mars 1902).

Bull (W. C.). — Un cas de greffe cutanée après une cure ra (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 10 juin 1901, *in Rev. heb de laryngol.*, n° 7, 1902).

Cabuche. — De la hernie cérébrale dans les interventions intr nienues dirigées contre les otites moyennes suppurées (*Ann. des de l'oreille*, n° 4, avril 1902).

Castex. — Vertiges auriculaires (*Bull. de laryngol.*, t. V, 30 1902).

Cheatle (A. H.). — Un cas de membrane normale dans le co auditif (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 2 déc. 1901, *in hebdom. de laryngol.*, n° 7, 1902).

Cheatle. — Un cas de tuberculose du temporal (Soc. d'oto Royaume-Uni, séance du 10 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryn* n° 7, 1902).

Chounacher. — Les affections otitiques au cours de la fièvre typ chez les enfants (*Dietskaja med.*, n° 2, 1902, p. 134).

Compte rendu de la Société d'otologie du Royaume-Uni, séan 4 fév. 1901 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 6, 1902).

Compte rendu de la Société allemande d'otologie, X° Co annuel tenu à Breslau les 24 et 25 mai 1901 (Anal. *in Rev. hebdo laryngol.*, n° 11, 1902).

Compte rendu de la Société autrichienne d'otologie, séanc 28 oct. 1901 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 12, 1902).

Coussieu. — Recherches sur la bactériologie des otites moy aiguës (*Ann. des mal. de l'oreille,* n° 5, 1902).

Cozzolino. — Contribution à la pathologie et à la chirurgie de la table interne de l'apophyse mastoïde (*Archiv. ital. di otol.*, mai 1902).

Crouch (Fr.). — Deux cas de surdité unilatérale due à une suppuration des sinus accessoires du nez (*Journ. of eye, ear and throat diseases,* janv.-fév. 1902).

Dench (E. B.). — Le traitement de la thrombose du sinus latéral consécutive à une otite moyenne suppurée (*The Amer. Journ. of the med. sciences,* mai 1902).

Deutschländer. — Un cas d'otite moyenne suppurée compliquée d'un abcès parotidien, d'un abcès extra-dural sur le sinus transverse et le bulbe de la veine jugulaire et d'un abcès plongeant dans l'articulation atlanto-occipitale (X^e^ Congrès de la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 11, 1902).

Donath. — Un cas de maladie de Ménière guéri par le courant galvanique (*Wiener. klin. Wochens.*, 21 nov. 1901).

Dunn. — Quatre cas de mastoïdite (*Virginia med. semi-monthly*, 11 avril 1902).

Ehrenfried. — Du traitement conservateur et chirurgical des suppurations de l'oreille moyenne (X^e^ Congrès de la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 11, 1902).

Fagge (G. H.). — Tuberculose du temporal (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 2 déc. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 7, 1902).

Ferreri. — Hémorragie de l'oreille interne (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, fasc. 4, 1902).

Furet. — Un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral droit. Opération, mort (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 5, 1902).

Gellé. — Contraction du muscle et perte de sa conduction pour le son. Application aux fonctions du voile et du larynx. Origine des vibrations sonores laryngées (*La Tribune méd.*, n° 17, 1902).

Gleason. — La neurasthénie et l'hystérie dans les affections de l'oreille, de la gorge et du nez (*Intern. med. Magaz.*, New-York, fév. 1902).

Goerke. — De la carie des osselets (X^e^ Congrès de la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 11, 1902).

Goris. — A propos de quatre cas d'abcès du cerveau d'origine otique (*La Presse oto-laryngol. belge,* n° 4, 1902).

Gradenigo. — De l'exentération de la caisse tympanique dans un but acoustique (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LV, Hefte 1 et 2).

Grant (D.) et **Ballance.** — Un cas d'abcès temporo-sphénoïdal (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 2 déc. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 7, 1902).

Grant (Dundas). — Opération mastoïdienne radicale pour cholestéatome (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 4 fév. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 6, 1902).

Grant (Dundas). — Un cas de surdité nerveuse neurasthénique (*The Journ. of laryngol.*, n° 5, 1902).

Grant (Dundas). — Variétés de surdité nerveuse (*The Journ. of laryngol.*, n° 4, avril 1902).

Gutzmann. — De la parole chez les sourds et les durs d'oreille (*Deuts. med. Wochens.*, n^os^ 18 et 19, 1902).

Haike. — Affection fœtale du labyrinthe au déclin d'une encéphalite hémorragique (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LV, Hefte 1 et 2).

Habermann. — De la pathogénie de la surdi-mutité (X[e] Con[g] la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.* 1902).

Hammerschlag. — Contribution à l'anatomie pathologique chaîne des osselets (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LV, Hefte 1 et 2)

Hammerschlag. — Mastoïdites aiguës et leur traitement chir (*Wiener med. Wochens.*, 22 fév., 1[er] et 22 mars 1902).

Harland. — Somnolence occasionnée par une lésion aur (*Philadelphie med. Journ.*, 29 mars 1902).

Heermann. — Du syndrome de Ménière (*Sammlung Zwa Abhandlungen*, Band VI, n[os] 3, 4 et 5, 1902).

Hermann. — Sur un cas d'hémorragie de la carotide (*Ar Ohrenheilk.*, Band LV, Hefte 1 et 2).

Hölscher. — Des corps étrangers du conduit et de leur trai (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, Band VI, n° 3, 15 mars

Hopkins (G.). — L'air chaud comprimé dans le traitement de moyenne catarrhale chronique (*Ann. of otol.*, Saint-Louis, avril 1

Jansen. — De l'état actuel de nos connaissances et théories pyohémie otogène (X[e] Congrès de la Soc. allemande d'otol., i *hebdom. de laryngol.*, n° 11, 1902).

Kayser. — Un cas d'ulcération tuberculeuse du conduit (X[e] Congrès de la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebd laryngol.*, n° 11, 1902).

Körner (Otto). — Les complications otitiques du cerveau, des ges et des vaisseaux *(Die otitischen Erkrankungen des Hirns, de häute und der Blutleiter)* (1 vol. in-16, 216 p., Bergmann, Wie 1902).

Lake (R.). — Atrésie post-opératoire du conduit (Soc. d'o Royaume-Uni, séance du 10 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngo* 1902).

Lannois et Vacher. — Surdité et diplégie faciales par fracture du rocher (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 5, 1902).

Lavrand. — Mastoïdite ébournée douloureuse Décortication. Gu (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 18, 1902).

Lécène. — Un cas de méningite séreuse d'origine otique (*Arc chir*, janv.-fév. 1902).

Ledoux. — Un cas de méningite otogène avec cytodiagnost *Presse oto-laryngol. belge*, n° 3, Bruxelles, mars 1902).

Lenhardt et Gascuel. — Traumatisme du temporal (*Rev. m Normandie*, n° 6, 1902).

Lenoir. — Contribution à l'étude de l'antrectomie (*Ann. o* Saint-Louis, avril 1902).

Lewis (Robert). — Un cas d'abcès du cerveau d'origine otique *Record*, 15 mars 1902).

Lucae. — Du massage vibratoire de l'appareil auditif (*Münch Wochens.*, n° 12, 25 mars 1902).

Lunghini (Ottavio). — L'opération radicale dans quelques d'otite moyenne suppurée chronique (*Giorn. ital di laringol.*, n[os] Naples, 1902).

Mc Kimmie. — Corps étrangers de l'oreille (*Virginia med. monthly*, 7 mars 1902).

Mac Millan. — Les résultats de l'examen de l'ouïe chez des écoles primaires de Chicago (*Med.*, Detroit, avril 1902).

Masini. — Cinquante-cinq cas de cure radicale pour otit suppurée (*Ann. di laringol.*, fasc. I, 1902).

Mayo Collier. — Épilepsie et affections auriculaires (A brit., séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryn* 1902).

Meierhof. — Le traitement précoce de l'otite moyenne aigu t-il des complications plus graves? (*Archiv. of otol.*, vol. X fév. 1902).

Melzi (Urbano). — Traitement des otites moyennes aigu ques des enfants par la méthode de Libby (*Allgem. Wiener me* n° 15, 1902).

Milligan. — Cas mortel par hémorragie de l'oreille chez u deux ans et demi (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 1(*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 7, 1902).

Milligan. — Cure radicale avec greffe (Soc. d'otol. du Ro séance du 2 déc. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 7, 19

Moure. — Traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée *méd. de Bordeaux*, n° 21, 1902).

Neubauer. — Cure radicale de la mastoïde avec autopl *med.-chir. Presse*, 17 nov. 1902).

Ostmann. — Des dispositions pour les maladies de l'ore tuberculose des plus proches parents (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Hefte 1 et 2).

Packard. — Somnolence et amnésie consécutives à un ch de l'oreille moyenne (*Med. News*, 8 mars 1902).

Panse (R.). — Du vertige (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XLI

Phillips (Wendell). — Otite moyenne aiguë, abcès c Opération. Mort à la suite d'une méningite (*Zeits. f. O* Band XL, Heft 1).

Pick. — Guérison spontanée d'une otorrhée chronique co la cure radicale (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, 1902, p. 123).

Pick. — Tumeur kystique de la base de la langue (*Monat heilk.*, n° 4, 1902, p. 125).

Presta. — Otite moyenne subaiguë récidivante (*Rev. de n* n° 4, 1902).

Ramon y Cajal et **Bresler.** — Studien ueber die Hir Menschen : die Hörrinde (Leipzig, A. Barth, 1902).

Randall (Alexander). — Opérations modernes de la trép l'apophyse mastoïde (*The Amer. Journ. of the med. sciences*, 1902).

Raoult (A.) et **Specker.** — Un cas d'otorragie au cours typhoïde (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 5, 1902, et *Allgem. W Zeitung*, n° 19, 1902).

Reik (H. O.). — Otite moyenne catarrhale non suppur facteur dans l'étiologie de la paralysie faciale (*Bull. of the Joh Hospital*, avril 1902).

Reissmann. — Pathologie et thérapeutique de l'otite exter *med. Wochens.*, 22 fév. et 1er mars 1902).

Rozier. — Étude anatomo-pathologique du plancher de la (Thèse de Paris, 1902).

Rundstroin. — Recherches sur la surdi-mutité et sur les vest capacite auditive chez les sourds-muets et chez les sujets durs d (*Nord med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 3).

Scheibe. — Ostéite de la capsule labyrinthique (X^e^ Congrès de allemande, mai 1901, *in Rev. hebdom. d'otol.*, n° 11, 1902).

Schiffers. — Otite moyenne purulente chronique gauche. Thr du sinus caverneux (*La Presse oto-laryngol. belge*, n° 3, Bruxelles 1902).

Schmidt (J.). — Recherches d'anatomie comparée sur le pavil l'oreille des divers mammifères *[Vergleichend Anatomische suchungen uber die Ohr muschel verschiedener Säugetiere]* (Paul Parey, 1902).

Schubert. — De l'épreuve de l'ouïe chez les sourds-muets (Verein in Nurnberg, séance du 5 déc. 1901, *in Münch. med. Wo* n° 12, 25 mars 1902).

Schwabach. — L'anatomie pathologique de la surdi-mutité *f. Ohrenheilk.*, Band XLI, Heft 1).

Secchi (C.). — La fenêtre ronde est la seule voie de la transr du son de l'air au labyrinthe (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XII, 1 1902).

Spee (Von). — Nouvelles recherches sur les cellules épithéli l'organe de Corti chez l'homme (Physiol. Verein in Kiel, séance du 1901, *Münch. med. Wochens.*, n° 13, 1^er^ avril 1902).

Suarez de Mendoza. — Seringuage de l'oreille et canule laire (*Archiv. de med. et de chir. speciales*, n° 1, janv. 1902).

Suckstorff. — Complication otitique d'une épidémie de (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XL, Heft 1).

Urbantschitsch. — Expériences sur la valeur de l'électrolys la sclérose auriculaire (Soc. autrichienne d'otol , séance du 28 oc *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 12, 1902).

Vernieuwe. — Faits cliniques de complication d'otite moyenn lente aiguë (*La Presse oto-laryngol. belge*, n° 5, 1902).

White (Faulder). — Affection temporale double à la suite otite suppurée (*British med. Journ.*, 29 mars 1902).

Zaufal. — Du traitement opératoire de la thrombose sinusien gène (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LV, Hefte 1 et 2).

Croup et Diphtérie.

Allen. — Diphtérie (*The Amer. Pract. and News*, 15 avril 1902

Alsberg et **Heimann.** — Des indications au traitement opé de la sténose diphtérique du larynx (*Archiv f. Kinderheilk.*, Band X Hefte 1 et 2).

Glaser. — Deux cas de diphtérie grave guérie sans le sér Behring (*Die Heilkunde*, n° 9, 1902).

Langer. — Du diagnostic bactériologique de la dip
'ochens., n° 15, 1902).

Lorthiois. — Clinique sur le traitement du crou
a Presse oto-laryngol. belge, n° 2, fev. 1902).

Pochon et Legendre. — Diphtérie avec précoc
cidents sérothérapiques (Soc. de pædiatrie, séance
ull. med., n° 25, 1902).

Raudnitz. — Du diagnostic bactériologique de l
ed. Wochens., n° 15, 1902).

Salus (Gottlieb). — Le diagnostic bactériologiq
'rager med. Wochens., n° 15, 1902).

Sevestre. — La prophylaxie de la diphtérie par le
res du sérum (*Bull. med.*, n° 23, 1902).

Utchida. — Des altérations de la moelle dans l
Psychiatrie, Band XXXV).

Wagner. — De la sérothérapie dans la diphtérie
ng, n° 6, 1902).

Varia.

Berthold. — Appareil pour vaporisation intra-n
Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdom.*
02).

Bobone. — De l'efficacité de la méthode de Czern
aitement des tumeurs malignes dans le domaine oto
elle malatt. dell' orecchio, n° 12, 1901).

Bohnstedt. — De l'évolution, de la durée et de
ancer de l'œsophage (*Ueber Verlauf, Dauer und Au
xcarcinoms*) (Dissert. de Leipzig, 1901).

Broekaert. — Technique des injections de paraff
o-laryngol. belge, n° 2, 1902).

Dauvergne. — Cancer du corps thyroïde (*Lyo
02).

Delore. — Fibro-sarcome du corps thyroïde (*L
02).

Dobbertin. — Des corps étrangers de l'œsophag
hir., Band LXVI).

Heymann. — Nouveau porte-ouate et nouveau
rynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1902).

Le Clerc. — De la parotidite canaliculaire (*L'A
» 4, 1902).

Mouret (J.) et Denoyès (J.). — Essai d'applica
aute fréquence en oto-laryngologie (*Rev. hebdom.*
02).

Nourse (Ch.). — Un cas de cancer de l'œsoph
harynx (Assoc. brit. de laryngol., séance du 10 mai 1
s laryngol., n° 9, 1902).

Parker. — Les injections de paraffine d'après la méthode de Gersuny (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 19 avril 1902).

Pont. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur chez l'enfant (*Lyon méd.*, n° 17, 1902).

Rethi. — Nouveau spéculum du nez (*Wiener med. Wochens.*, 22 mars 1902).

Richter (Ed.). — Un nouveau pulvérisateur pour le nez, le pharynx et le larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1902).

Rosenheim. — De la dilatation idiopathique de l'œsophage (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 mars 1902).

Scheibe. — Nouveau bistouri pour ablation des brides latérales dans le pharynx (X° Congrès de la Soc. allemande d'otol., mai 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 11, 1902).

Stefanile. — Tonsillotomie hémostatique (*Pratica de med.*, août 1901).

Taptas. — De l'extrait surrénal dans les opérations nasales (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 4, avril 1902).

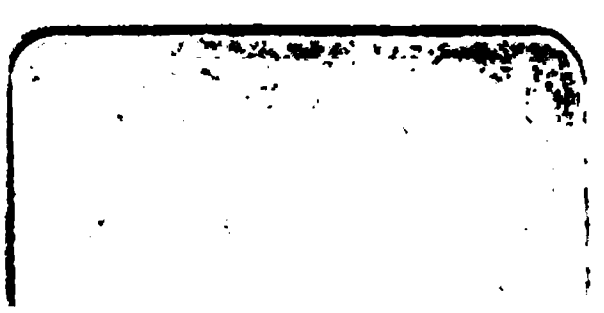
Thévénot. — Kyste hydatique du cou (*Gaz. des hôpit.*, n° 34, 1902).

Tostmann. — Du lymphosarcome rétropharyngien *(Ueber retro-pharyngeale Lymphosarcome)* (Dissert. de Kiel, 1902).

Vacher. — L'extrait des capsules surrénales en oto-rhino-laryngologie (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 3, 1902).

Bordeaux. — Imprimerie G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

DEC 13 1902

NOV 3 0 1902

41(
438